



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM A EXPERIÊNCIA
HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

por

Filipe José Carvalho de Oliveira

PORTO, Abril de 2016



CATÓLICA PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM A EXPERIÊNCIA HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Avançada

Por Filipe José Carvalho de Oliveira

Sob orientação de Professor Doutor Luís Sá

PORTO, Abril de 2016

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Luís Sá pela orientação.

À Professora Doutora Beatriz Araújo pelo convite a integrar o estudo do RN4Cast

Ao Professor Doutor Élvio Henrique de Jesus pela disponibilização dos dados.

A todas as pessoas que gentilmente responderam ao questionário.

A todos aqueles que de alguma forma tornaram esta dissertação possível.

Aos meus pais.

Resumo

Introdução: Segundo Artur Santos Silva (2014), a saúde dos portugueses alcançou notáveis progressos nas últimas décadas, alavancando o nosso reconhecimento internacional, que constitui uma das marcas mais positivas dos 40 anos do nosso regime democrático. Apesar dos progressos verificados, torna-se evidente a necessidade de definir políticas de melhoria constante no campo da saúde, para que seja possível satisfazer as necessidades dos utentes e dar uma resposta eficaz e eficiente aos novos desafios emergentes na sociedade tais como o envelhecimento populacional (Sousa, 2009).

O presente estudo tem como objetivo conhecer a opinião dos utentes em internamento hospitalar sobre os cuidados que lhes foram prestados.

Métodos: Realizou-se um estudo quantitativo, transversal e analítico envolvendo uma amostra de 2254 utentes. No estudo, de entre 38 organizações com critério de inclusão, participaram 31 hospitais (taxa de participação de 81,6%), independentemente da sua forma de agrupamento. Foram selecionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital.

O questionário utilizado foi o Core Patient Survey, que se destina a avaliar a perspetiva do utente sobre os cuidados que lhe foram recentemente prestados e que é uma adaptação do *Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Survey* (H-CAHPS) para o projecto RN4CAST.

Este instrumento possui 24 perguntas, é um questionário padronizado de autorresposta que tem como objetivo medir vários aspetos da satisfação dos utentes durante o seu período de internamento.

Resultados: As dimensões que obtiveram resultados mais satisfatórios são as relacionadas com os profissionais de saúde. Sendo que o resultado com a experiência global com o serviço é de 8,5 pontos em 10 possíveis. Salienta-se que todas as avaliações foram positivas.

Conclusões: A amostra analisada permite constatar a existência de um elevado nível de satisfação dos utentes com os serviços de saúde.

Palavras-Chave: Qualidade em Saúde; Satisfação do Utente; Cuidados Prestados

Abstract

Introduction: According to Artur Santos Silva (2014), the health of the Portuguese achieved remarkable progress in recent decades, leveraging our international recognition, which is one of the most positive marks 40 years of our democracy. Despite progress, it is clear the need to define continuous improvement policies in the health field, so that you can meet the needs of users and provide an effective and efficient response to new emerging challenges in society such as population aging (Sousa, 2009).

This study aimed to know the opinion of users in hospital on the care provided to them.

Methods: We conducted a quantitative, cross-sectional analytical study involving a sample of 2254 users. In the study, among 38 organizations with inclusion criteria, participated in 31 hospitals (81.6% participation rate), regardless of their form of grouping. They were selected randomly 4-6 medical and surgical services in each hospital.

The questionnaire used was the Core Patient Survey, which is designed to evaluate the perspective of the user on the care that you have recently been provided and which is an adaptation of the Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Survey (H-CAHPS) for the project RN4CAST.

This instrument has 24 questions, is a standardized auto-response questionnaire that aims to measure various aspects of user satisfaction during their hospital stay.

Results: The dimensions that obtained more satisfactory results are related to health professionals. And the result with the overall experience with the service is 8.5 points from 10 possible. Please note that all reviews were positive.

Conclusions: The sample allows us to verify the existence of a high level of user satisfaction with health services.

Keywords: Quality in Health; User satisfaction; Provided care

Índice de Conteúdos

Lista de Gráficos e Figuras.....	16
Lista de Tabelas.....	17
Introdução.....	18
Capítulo 1: Enquadramento Teórico	22
1.1 Serviço Nacional de Saúde	22
1.2 Qualidade em Saúde	25
1.2.1 Conceito de Qualidade em Saúde.....	25
1.2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde	29
1.2.3 Avaliação da Qualidade em Saúde.....	31
1.2.4 Desafios da Qualidade em Saúde	32
1.3 Satisfação dos Utentes	34
1.3.1 Conceito de Satisfação do Utente.....	34
1.3.2 Dimensões da Satisfação dos Utentes	36
1.3.3 Fatores que influenciam a Satisfação dos Utentes	37
Capítulo 2: Formulação do Problema de Investigação	38
2.1 Objetivos da Investigação	38
Capítulo 3: Metodologia.....	40
3.1 Definição de Variáveis.....	40
3.2 Desenho da Investigação	41
3.3 População e Amostra	41
3.4 Método de Colheita de Dados e de Análise de Dados	42
3.5 Aspetos Éticos.....	43
Capítulo 4: Resultados.....	46
4.1 Apresentação dos Resultados.....	47
4.1.1 Estado de Saúde	47
4.1.2 Instrução Escolar	47
4.1.3 Cuidados prestados pelos enfermeiros	48
4.1.4 Cuidados prestados pelos médicos	49
4.1.5 Ambiente Hospitalar	50
4.1.6 Gestão da dor.....	52
4.1.7 Informação sobre medicação.....	54
4.1.8 Preparação para a alta.....	55
4.1.9 Experiência hospitalar global	56

4.2	Discussão dos resultados	60
Capítulo 5:	Conclusões.....	66
Bibliografia e outras referências.....		68

Lista de Gráficos e Figuras

Gráfico 1: Variação da satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde.....	49
Gráfico 2: Variação da satisfação com os cuidados prestados pelos médicos em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde.....	50
Gráfico 3: Variação da satisfação com ambiente hospitalar em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde	52
Gráfico 4: Necessidade de medicação analgésica	52
Gráfico 5: Variação da satisfação com a gestão da dor em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde	53
Gráfico 6: Medicação ministrada que não tinha tomado antes.....	54
Gráfico 7: Variação da satisfação com a informação sobre a medicação enfermeiros em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde.....	55
Gráfico 8: Explicação sobre os cuidados a ter em casa.	56
Gráfico 9: Informação escrita sobre sintomas ou problemas de saúde a ter em atenção após alta	56
Figura 1: Satisfação com experiência hospitalar.	57

Lista de Tabelas

Tabela 1: Componentes da qualidade dos serviços de saúde	30
Tabela 2: Frequências Relativas Estado de Saúde.....	47
Tabela 3: Frequências Relativas da Instrução Escolar	47
Tabela 4: Frequências Relativas e Valores Médios dos Cuidados Prestados pelos Enfermeiros	48
Tabela 5: Frequências Relativas e Valores Médios dos Cuidados Prestados pelos Médicos	49
Tabela 6: Frequências Relativas e Valores Médios do Ambiente Hospitalar	51
Tabela 7: Frequências Relativas e Valores Médios da Gestão da Dor	53
Tabela 8: Frequências Relativas e Valores Médios da Informação sobre Medicação ..	54
Tabela 9: Frequências Relativas da Satisfação Global com a o Hospital.....	57
Tabela 10: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Percepção do Estado de Saúde.....	57
Tabela 11: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Instrução Escolar.....	58
Tabela 12: Frequências Relativas da Recomendação do Hospital a familiares e amigos	58
Tabela 13: Valores Médios - recomendação do Hospital a Familiares e Amigos em função de Percepção do Estado de Saúde.....	58
Tabela 14: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Instrução Escolar.....	59

Introdução

Segundo Artur Santos Silva (2014), a saúde dos portugueses alcançou notáveis progressos nas últimas décadas, alavancando o nosso reconhecimento internacional, que constitui uma das marcas mais positivas dos 40 anos do nosso regime democrático. Apesar dos progressos verificados, torna-se evidente a necessidade de definir políticas de melhoria constante no campo da saúde, para que seja possível satisfazer as necessidades dos utentes e dar uma resposta eficaz e eficiente aos novos desafios emergentes na sociedade tais como o envelhecimento populacional (Sousa, 2009)

As mudanças demográfica que advém das frequentes alterações políticas, das fontes de financiamento e investimento públicas e privadas, provocaram alterações no sistema de saúde português cujo modelo atual resulta de constantes processos de melhoria. Assim, podemos afirmar que presentemente, a hierarquização dos problemas e o modo como estes afetam os recursos existentes são uma área de preocupação do Serviço Nacional de Saúde, que afeta diretamente a qualidade dos serviços prestados, bem como a satisfação dos utentes (Barros, 2013; Graça & Loureiro, 2012; Sousa, 2009).

Ao longo dos últimos anos, Portugal tem, como grande parte da comunidade Europeia, vindo a implementar uma ampla gama de estratégias de contenção de custos, estratégias essas que afetam a vida dos utentes. Exemplo disso é a diminuição do tempo médio de permanência no hospital, que desde 1980 diminuiu cerca de 50%. As altas hospitalares precoces aumentaram acentuadamente devido, fundamentalmente, à redução considerável do número de camas disponíveis. Apesar dos avanços na medicina, que têm permitido um tratamento mais ativo a utentes com múltiplas comorbilidades, utentes em tratamento hospitalar, em média, necessitam de uma gestão clínica mais intensiva (Sousa, 2009; Rechel, et al. 2009).

Atualmente torna-se fulcral dar resposta a um mercado em crescimento, uma vez que os cuidados de saúde tendem a acompanhar o envelhecimento populacional, que representa atualmente 17% da população portuguesa, sendo expectável que em 2050 represente 1/3 da mesma, existindo um milhão de pessoas com mais de 80 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2014).

Esta fase de transição, entre o panorama atual e o aumento da população envelhecida, é preponderante, sendo que a avaliação da qualidade dos serviços deverá deixar de ser

centrada na ótica do prestador de serviços para se centrar na satisfação percebida pelos utentes, que pode ser diferenciada, representando um excelente indicador para a tomada de decisões de mudança (Aiken Linda, et al., 2012).

Há dez anos, dois relatórios (O Relatório Mundial de Saúde 2000, e o Relatório “Cruzando o Abismo da Qualidade”) foram marcos no realinhamento de incentivos, muitas vezes em conflito, entre a contenção de custos e a melhoria da qualidade. Ambos concluíram que a capacidade de dar resposta às expectativas dos utentes é um resultado desejado e valorizado por todos. Desde então os esforços para medir a satisfação dos utentes nos sistemas de saúde aumentou (Coulter, 2005) e, em alguns países, foram adotados incentivos para aumentar a satisfação e os cuidados centrados nos utentes (Pink, 2006; Kutney-Lee, 2009).

Esta temática cada vez mais se demonstra relevante devido à evolução, ao longo dos anos, da satisfação dos utentes, enquanto indicador chave para a monitorização da qualidade dos serviços e para a tomada de decisão das opções a assumir. Ao longo dos últimos anos o conceito de qualidade tem evoluído, estando atualmente focado em dois conceitos que se relacionam: o aumento da competitividade, na perspetiva da empresa e o aumento da satisfação, na perspetiva dos utentes. Atualmente, a exigência dos utentes é cada vez mais notória, quer na escolha de um produto quer na preferência pela organização que presta os melhores cuidados de saúde. Esta evolução deve-se, principalmente, à consciencialização dos utentes relativamente à saúde, facto inerente ao aumento da literacia da população (Sousa, 2009).

Presentemente, a avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de saúde é um dos maiores desafios no setor de saúde (Graça & Loureiro, 2012), sendo um indicador de qualidade fundamental pois dá ao utente a possibilidade de ter uma participação ativa na construção do serviço de saúde. Desta forma é de suma relevância a sua implementação no contexto nacional, existindo políticas fidedignas de avaliação da satisfação dos utentes com a sua experiência hospitalar, que possam permitir a homogeneidade dos cuidados e a satisfação dos mesmos (Rego, 2008).

Para além disso, a avaliação das expectativas e percepções dos utentes promove a centralidade dos cuidados nos mesmos permitindo a sua participação no desenvolvimento e aperfeiçoamento dos serviços de saúde (Pereira et al., 2009; Rahmqvist, 2001).

Assim sendo, a implementação de estratégias para avaliação das percepções dos

utentes com os cuidados de saúde que lhes são prestados são ferramentas fundamentais que auxiliam na identificação de áreas ou serviços suscetíveis de serem reestruturados ou melhorados (Hespanhol, Ribeiro & Pereira, 2005).

Tendo por base os contextos descritos anteriormente, a presente dissertação enquadra-se na investigação do projeto RN4CAST@pt (replicação de estudo observacional multicêntrico sobre recursos e cuidados de enfermagem em Portugal) e tem como finalidade avaliar a qualidade dos serviços hospitalares e contribuir para a sua melhoria contínua. Especificamente, o objetivo geral desta dissertação será a análise dos resultados da avaliação da satisfação dos utentes, sobre os cuidados de saúde prestados durante o internamento. Como objetivos gerais pretendemos descrever a satisfação dos utentes relativamente a:

- cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros
- ambiente hospitalar
- gestão da dor
- informação sobre medicação
- preparação para a alta
- experiência hospitalar global.

Pretendemos ainda, como objetivos específicos conhecer a associação da “satisfação com a experiência hospitalar” enquanto variável dependente, com “instrução escolar” e “estado de saúde”.

A metodologia adotada neste estudo é do tipo descritivo-correlacional e transversal, de abordagem quantitativa. Para tal, recorreremos ao instrumento de colheita de dados do RN4CAST, o RN4CAST *Patient Survey Instrument* (Core Patient Survey), adaptado à cultura e à língua portuguesa. O Core Patient Survey destina-se a avaliar a perspetiva do utente sobre os cuidados que lhe foram prestados recentemente, sendo uma adaptação do *Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Survey* (HCAHPS) para o projeto RN4CAST.

Capítulo 1: Enquadramento Teórico

Ao longo deste capítulo iremos fazer a contextualização da temática central a ser abordada ao longo da dissertação, que será a satisfação dos utentes enquanto indicador de qualidade dos serviços.

Os subcapítulos seguem a lógica de implementação dos parâmetros de qualidade dos serviços.

1.1 Serviço Nacional de Saúde

Os sistemas de saúde e a sua evolução são extremamente complexos, visto serem estruturas em constante mudança e que têm a necessidade de se adaptarem às necessidades das populações.

Se por um lado existe preocupação da governação em saúde, em promover a saúde e proteger a saúde dos utentes, por outro mantém-se a necessidade constante de incentivar o crescimento económico sendo de suma importância compatibilizar estes aspetos (Sousa, 2009; Paula, Morgado, Palha, Moreira & Marques, 2012).

Em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde é constituído por entidades públicas, privadas e parcerias público-privadas. Atualmente, existe uma cooperação entre as entidades, no entanto inicialmente o serviço público foi concebido para funcionar de uma forma totalmente independente do setor privado porém, tal não acontece devido às exigências impostas pelo estado para a melhoria da eficiência dos recursos públicos afetos à saúde (Major & Magalhães, 2013).

De uma forma sucinta o serviço de saúde público teve início em 1979 com a criação do Serviço Nacional de Saúde, caracterizado pelo acesso de forma gratuita a cuidados de saúde a todos os cidadãos. Para tal, esse serviço passaria a ser financiado pelos impostos cobrados pelo Estado (Major & Magalhães, 2013).

Em 1982, são criados as administrações regionais de saúde com a finalidade de melhorar a eficiência do mesmo, sendo que mais tarde foi concedido ao Serviço Nacional de Saúde autonomia administrativa e financeira (Major & Magalhães, 2013).

Em 1990, dois eventos marcaram para sempre a história do Serviço Nacional de Saúde: a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde. O Serviço

Nacional de Saúde torna-se “(...) *universal, prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação, ser tendencialmente gratuito, garantir a unidade no acesso dos utentes e ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada*” (Major & Magalhães, 2013).

É importante salientar que o Serviço Nacional de Saúde, no início da década de 90, atravessou uma crise, decorrente da crise política, social e económica vivenciada no país. O Serviço Nacional de Saúde tinha uma base financeira frágil e não tinha uma cultura de gestão apropriada: faltava eficiência na afetação de recursos, existia uma baixa produtividade, existiam listas de espera, existia insatisfação dos utentes e dos profissionais de saúde e elevados custos na prestação de serviços. Fatores que levaram a classe política a exigir soluções para o melhoramento da gestão pública hospitalar (Major & Magalhães, 2013).

A partir do ano de 2000 e até aos dias de hoje, devido à pressão política surgiram um conjunto de medidas, tais como: o desenvolvimento de sistemas de informação baseados em grupos de diagnóstico homogéneo para apoio à gestão, introdução de taxa moderadora, incentivo à utilização de medicamentos genéricos e um aumento dos incentivos à colaboração entre os setores público e privado de forma a reduzir as listas de espera. “O objetivo maior passa a ser a satisfação do utente e das suas necessidades” (Major & Magalhães, 2013; Paula et al., 2012).

Dessa forma, deu-se início ao processo de “empresarialização” do setor público hospitalar. Pretendia-se assim aproximar os órgãos de decisão da comunidade. Surgem assim as parcerias público-privadas e as entidades públicas empresariais (Major & Magalhães, 2013).

No seguimento do abordado anteriormente, vários investigadores consideram que foi a inaptidão do estado em introduzir as medidas necessárias à correção das disfunções existente que levou a que hoje o Serviço Nacional de Saúde apresente problemas de funcionamento. A contenção de gastos e a eficiência do sistema são questões centrais, no entanto, as medidas implementadas para inverter esta situação foram insuficientes (Delgado, 2002).

Efetivamente existem diversas condicionantes que limitam a eficiência do sistema de saúde, sendo de suma importância destacar os seguintes:

- Insuficiência de Recursos e subaproveitamento da capacidade instalada conduzindo a problemas como as extensas listas de espera;
- Desmotivação dos profissionais;
- Escassa procura de cuidados preventivos;
- Falência técnica dos cuidados de saúde primários o que conduz ao aumento de utentes não urgentes nas urgências hospitalares;
- Baixos níveis de saúde e bem-estar na população em situação de exclusão social resultante da crise económica;
- Défice na articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados;
- Existência de insuficientes estruturas de cuidados continuados e paliativos;
- Manutenção de hábitos e estilos de vida prejudiciais à saúde sendo urgente modificar atitudes e comportamentos nocivos;
- Défice de informação no que respeita à hemovigilância a par com insuficientes medidas que promovam a doação de sangue, sendo fundamental criar mecanismos de autossuficiência;
- Processos de garantia de qualidade em saúde desatualizados e ineficazes apesar das preocupações manifestadas pelos gestores, sendo urgente instituir programas sistemáticos de avaliação e monitorização da qualidade (Delgado, 2002; Quadro Comunitário de Apoio III, 2005).

De igual modo, é fundamental salientar a existência de fatores que tornam este setor ineficiente e naturalmente não competitivo. Destaca-se desde logo multidimensionalidade do ‘produto’ bem como a dificuldade de medir o produto e os resultados. (Ferreira, 2004).

O Serviço Nacional de Saúde sofreu grandes alterações que advêm de um processo contínuo de aperfeiçoamento, influenciado pelas decisões governamentais mas também pela participação dos profissionais de saúde e utentes. O objetivo será, futuramente, que as quatro características para o bom funcionamento do sistema de saúde possam coincidir, sendo elas: qualidade, grau de satisfação por parte dos utentes, custos controlados e um sistema de financiamento repartido (Pinto, 1994).

1.2 Qualidade em Saúde

Ao longo deste subcapítulo iremos abordar a qualidade em saúde, os seus principais conceitos e as suas dimensões que influenciam diretamente a vida e a saúde dos utentes.

1.2.1 Conceito de Qualidade em Saúde

A qualidade é um conceito subjetivo que está relacionado diretamente com expectativas e perceções, tornando-se assim numa construção social, que pode ser influenciada por diversos fatores, assumindo diferentes definições em função das pessoas, do contexto e dos padrões de qualidade existentes. Contudo, é considerada de uma forma universal como o grau em que um produto ou serviço satisfaz ou excede as expectativas dos seus utilizadores (Rego, 2008; António & Teixeira, 2007; Carapeto & Fonseca, 2006). O conceito de qualidade, normalmente, associa-se à perfeição, eficiência, eficácia, consistência, cumprimentos de normas e procedimentos e à satisfação dos utentes (Parasuraman, Valarie A. Zeithami, & Leonard L. Berry, 1985).

Este conceito ganhou mais relevância no contexto industrial, imediatamente após a primeira guerra mundial. Depois o conceito foi aplicado a toda a atividade humana (Gomes, 2004).

William Edwards Deming, considerado por muitos investigadores, como o precursor da qualidade defende que o envolvimento das estruturas de gestão é fundamental. William baseado no trabalho do estatístico Walter Shewart, aplicou o ciclo de melhoria continua: **Plan** (definir objetivos); **Do** (definir instrumentos de medida); **Check** (desenvolver as mudanças) e **Action** (testar as mudanças) (António & Teixeira, 2009; Pinto et al., 2010).

Já Joseph Juran define a qualidade como sendo a adequação de um produto à sua utilização pretendida, aproximando o conceito à perspetiva do utilizador, tendo o processo de gestão de qualidade três fases: planeamento, controlo e melhoria. (Gomes, 2004).

Mais tarde surgiu o contributo de David Darvin que descreve as diferentes dimensões da qualidade defendendo que as organizações devem identificar as dimensões que observem como prioritárias, deste modo, as organizações devem considerar a qualidade como um elemento estratégico (Gomes, 2014).

Parasuraman, Zeithaml e Berry refletiram também sobre esta temática

distinguindo a prestação de serviços da produção de produtos, sendo a qualidade de um serviço avaliada em função da qualidade técnica e funcional do mesmo (Gomes, 2004). De denotar que esta noção é manifestamente importante quando falamos de prestação de serviços, na medida em que, cada utente tem as suas próprias perceções e expetativas, enquanto a qualidade de um produto (exemplo lápis) é substancialmente mais tangível (Sousa, 2009; Parasuraman, Valarie A. Zeithami, & Leonard L. Berry, 1985).

Desta forma, a qualidade dos serviços é manifestamente mais difícil de avaliar pois a mesma é uma experiência perecível e intangível prestada a um utente em que o mesmo é coprodutor (Carapeto e Fonseca, 2006; Lobo, 2008). Os serviços possuem características que os diferenciam dos produtos, tais como:

- **Intangibilidade:** não podem ser vistos, tocados ou provados antes de serem comprados;
- **Inseparabilidade:** são produzidos e consumidos em simultâneo;
- **Variabilidade:** variam consoante quem produz, quando e onde são prestados;
- **Perecibilidade:** não podem ser armazenados a produção e acionada pelo utente e de consumo imediato (Lobo, 2008).

Perante o apresentado anteriormente, a qualidade de um serviço é fundamentalmente mais difícil de avaliar, dado que os utentes consideram como parte da qualidade o processo de prestação do serviço e as interações estabelecidas durante o mesmo, e não apenas o resultado final (Carapeto & Fonseca, 2006; Lobo, 2008).

Para além disso, a qualidade não se limita aos produtos e serviços, expande-se a todas as áreas da organização e a todos os *stakeholders*: utentes, fornecedores, colaboradores, acionistas e sociedade em geral.

Portanto, apesar da qualidade se centrar cada vez mais no utente, no final do século XX, prevalecia ainda como o cumprimento de normas, sendo introduzido de uma forma gradual o conceito de ‘*Qualidade Total*’, significando uma estratégia global que envolve tudo e todos no serviço, e assente em três princípios fundamentais:

- **Orientação para o utente**, identificando as suas necessidades e expectativas;
- **Melhoria de processos**, considerada como um conjunto de operações executadas e articuladas entre si, com meios e procedimentos e que cria obrigatoriamente valor acrescentado; e

- **Envolvimento total**, envolvimento de todos os intervenientes em todo o processo (Gomes, 2004).

Em Portugal, o conceito foi pela primeira vez aplicado na década de 90 nos serviços de Administração Pública, sendo transposto de uma forma rápida para os serviços de saúde (Rego, 2008).

Segundo o Instituto Português da Qualidade um sistema de gestão da qualidade baseia-se em oito princípios: **focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processo, sistema de melhoria contínua, tomada de decisões baseada em factos e relações mutuamente benéficas com fornecedores** (Norma ISO 9001).

Este aparecimento da satisfação dos utentes como indicador para a avaliação da qualidade implica uma gestão próxima do mesmo (Carapeto & Fonseca, 2006). Deste modo, os serviços mudam de estruturas burocráticas e rígidas para modelos dinâmicos e flexíveis, com envolvimento de todos os membros. Um serviço de qualidade deve aumentar a satisfação dos utentes, mas também construir a confiança através de processos transparentes (Barros, 2013).

Como é possível evidenciar, existem diversas perspetivas da qualidade o que torna este conceito complexo e multifacetado. Assim, devemos encarar a qualidade como um processo político, cultural e social, em vez de um assunto técnico e operacional estando no núcleo das preocupações o utente (António & Teixeira, 2009).

Provavelmente a definição mais simples foi da autoria de por Deming afirmando que a qualidade significa fazer o que é correto e de forma correta. Na saúde significa oferecer serviços seguros e eficazes que satisfaçam as necessidades dos utentes.

Em suma, a qualidade representa significados distintos para diferentes utentes e diferentes situações, sendo portanto um conceito multidimensional e multifatorial, podendo existir diversas definições (Pisco & Biscaia, 2001).

Em saúde a qualidade, seguindo um pouco a ideologia de Deming “fazer o que é correto e de forma correta”, corresponde à intervenção capaz de alcançar o melhor balanço entre benefícios e riscos (Donabedian, 1992).

A qualidade nos serviços de saúde surge graças a uma necessidade de ordem social, ética, profissional e económica, que influenciam a vida dos utentes e dos seus países,

sendo vista como essencial (Ribeiro, 2005). A melhoria da qualidade deve resolver erros do sistema, reduzir variabilidades indesejadas e potenciar um processo de melhoria contínua (Sousa, 2009).

O interesse pela qualidade em saúde é um fenómeno relativamente recente, sendo considerada como um elemento estratégico na maioria dos países independentemente do seu nível de desenvolvimento económico (Serapioni & Sesma, 2011).

Portanto, para existirem melhorias na qualidade dos serviços devem ser abordadas de uma forma integrada e sistémica, três vertentes: técnico-científica; relação interpessoal e amabilidades (conforto e estética das instalações e equipamentos) (Campos, 2009). A qualidade técnica diz respeito à proficiência com que se prestam os cuidados. A qualidade da relação interpessoal é multifatorial, envolvendo comunicação, confiança, interesse, empatia, honestidade, sensibilidade, entre outras. (Donabedian, 1992).

No que diz respeito ao Serviço Nacional de Saúde, e transcrevendo a definição de qualidade adotada pelo Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a *“Qualidade em Saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cliente (Saturno, 2010). Implica, ainda, a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cliente e o melhor desempenho possível”*.

Neste sentido importa ressaltar que a qualidade é um direito dos utentes, pelo que as suas opiniões devem ser consideradas. Por este facto, no último quarto de século, os cuidados de saúde começaram a adotar o conceito do mundo dos negócios centrando-se, então, nos utentes (Friedson, 1980).

Esta inversão da qualidade centrada nos profissionais, para a qualidade centrada nos utentes é um desafio que carece ainda de muita investigação e que é cada vez mais aceite como oferecendo maiores benefícios. Por consequência, os conceitos de qualidade e satisfação dos utentes aparece cada vez mais interligado.

Nesse sentido um dos estudos com maior relevância nacional nesta temática demonstra-se o de Pereira et. al. em 2009, estudo exploratório e descritivo da qualidade apercebida e da satisfação do utente dos hospitais EPE e SPA, com vista a ter uma avaliação da qualidade dos cuidados de saúde nacionais. Este estudo teve como objetivo dar continuidade a um sistema independente de avaliação regular da qualidade apercebida e da satisfação dos utentes dos Hospitais. No ano 2003 iniciou-se a avaliação dos

Internamentos, em 2005 o estudo foi alargado às valências de Consultas externas e de Urgências, sendo que em 2008 se continuou a realizar o estudo destas três valências. O estudo abrangeu 33 Hospitais EPE e 30 Hospitais SPA para os quais foi garantida a representatividade dos resultados.

A metodologia adotada neste projeto foi inovadora, permitindo a cada hospital identificar áreas-chave para a satisfação dos respetivos utentes e efetuar o processo de monitorização periódica da mesma, identificando assim possíveis melhorias para o futuro através dos pontos fracos detetados. O estudo de 2009 de Pereira et. al. teve como objetivo apresentar um conjunto de resultados da satisfação dos utentes e da qualidade de serviço dos hospitais estudados.

Este estudo demonstra que, no que respeita à qualidade, Portugal tem sólidos alicerces sobre os quais pode crescer, uma vez que possui formação e práticas profissionais no domínio da qualidade, e que foram implementadas alterações nos últimos anos para avaliar e melhorar, através da aplicação das diretrizes adequadas (Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

1.2.2 Dimensões da Qualidade em Saúde

A qualidade em saúde possui diversas particularidades, sendo um conceito multidimensional, como se pode constatar em vários estudos nesta área.

Para Donabedian (1980), a qualidade em saúde é definida com base em sete dimensões, sendo estas:

- **Eficácia:** capacidade dos cuidados melhorarem o estado de saúde;
- **Efetividade:** quantidade de melhorias nas condições de saúde que são de facto obtidas;
- **Eficiência:** capacidade de obter o maior número de melhorias ao menor custo;
- **Otimização:** relação mais favorável entre benefícios e custos;
- **Aceitabilidade:** conformidade com as preferências dos clientes no âmbito da acessibilidade, relação médico-doente, amenidades, efeitos e custos dos cuidados;
- **Legitimidade:** conformidade com as preferências sociais;
- **Equidade:** igualdade na distribuição dos cuidados e os seus efeitos sobre a saúde.

Parasuraman, Zeithaml e Berry em 1988 definiram a qualidade através de cinco dimensões: **aspetos tangíveis, confiabilidade, conformidade, garantia e empatia.**

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde, considera como componentes da qualidade dos cuidados de saúde, o **elevado grau de excelência profissional**, a **eficiência na utilização dos recursos**, **riscos mínimos para os utentes**, **satisfação para os utentes** e os **resultados de saúde obtidos**.

Já no que se refere o Plano Nacional de Saúde 2012-2014, este vai mais longe definindo de uma forma mais detalhada as dimensões que devem ser tidas em conta neste conceito, sendo elas: **adequação**; **efetividade**; **eficiência**; **acesso**; **segurança dos clientes**, **profissionais e outras partes interessadas**; **equidade**; **oportunidade**; **cuidados centrados no cliente**; **continuidade e integração de cuidados durante todo o processo assistencial**; **respeito mútuo e não discriminação**; a **sustentabilidade**; a **oportunidade na prestação dos cuidados**; a **comunicação** e a **participação** (Campos, Saturno & Carneiro, 2010; Norway, 2005).

Tabela 1: Componentes da qualidade dos serviços de saúde segundo cada autor

Parasuraman (1985)	Donabedian (1990)	OMS (2000)	PNS 2012-2016
Aspetos Tangíveis	Eficácia	Excelência Profissional	Adequação
Confiabilidade	Efetividade	Eficiência na Utilização de Recursos	Cuidados Centrados no Cliente
Conformidade	Eficiência	Segurança	Eficiência
Empatia	Otimização	Satisfação	Acesso
	Aceitabilidade	Resultados em Saúde	Segurança
	Legitimidade		Equidade
	Equidade		Efetividade
			Continuidade e Integração
			Comunicação e Participação
			Sustentabilidade
			Respeito Mútuo
			Oportunidade

A definição de qualidade têm sido alvo de inúmeras alterações ao longo do tempo, tendo sido acrescentados fatores que requerem o equilíbrio entre as três dimensões da qualidade: qualidade para o utente, qualidade profissional e qualidade de gestão. Contudo, em muitos sistemas de saúde é mais valorizada a perspetiva da qualidade profissional e da qualidade de gestão, não sendo dada à perspetiva dos utentes legitimidade no sentido de avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Lopes M et al., 2010).

1.2.3 Avaliação da Qualidade em Saúde

Avaliar a qualidade em saúde é de extrema importância, para que estas avaliações possam ser incorporadas pelos responsáveis políticos na gestão do Serviço Nacional de Saúde tornando-se num componente fundamental no planeamento, capaz de justificar as tomadas de decisão e promover comportamentos de mudança.

O processo de avaliação deve ser orientado tendo em conta os seguintes aspetos: os objetivos da avaliação, a posição do avaliador, a definição de prioridades, a metodologia predominante, as formas de utilização da informação produzida, o contexto da avaliação e a temporalidade (DGS, 2013). Estas avaliações podem ser desencadeadas internamente nos serviços, ou podem ser conduzidas por especialistas externos aos mesmos, podendo ser sumativas ou formativas, ou podendo ser de contexto (normativas, estratégicas ou de empoderamento) (Rego, 2008). A abordagem na qual a avaliação é centrada nos diversos indivíduos envolvidos no processo, que apresenta uma real preocupação com a utilização dos resultados e que utiliza métodos e instrumentos credíveis, pode ajudar a superar algumas das dificuldades de avaliação (Brito & Jesus, 2009).

Utilizando o Plano Nacional de Saúde como fonte, a Qualidade em Saúde depende das intervenções dirigidas a:

- **Estruturas** de prestação de cuidados, como os recursos materiais e humanos, instalações e organização;
- **Processos** decorrentes da própria prestação de cuidados, como sejam a qualidade técnica dos cuidados, a adequação e validade da informação produzida, a integração e a continuidade de cuidados;
- **Resultados**, que incluem a reabilitação/ recuperação do utente, o controlo da doença crónica, a mudança de comportamentos e a satisfação com os cuidados prestados (Donabedian, 1990; UK Department of Health, 2006; Lobo, 2008;)

Contudo, é importante olhar para esta estrutura como um guia e não como uma

verdade absoluta, visto que a avaliação da qualidade em saúde pode ser condicionada por múltiplos fatores, tais como: a evolução social, política, ambiental, científica e tecnológica extraordinária; a incerteza e imprevisibilidade de ocorrências como epidemias e catástrofes, alterações climáticas e terrorismo; as características do Sistema de Saúde; os determinantes da procura de cuidados (envelhecimento, doença crónica, mais informação, expectativa e exigência) e a capacidade de resposta (recursos humanos, especialização crescente, trabalho multidisciplinar e intersectorial); novos conceitos de resultados em saúde e de qualidade de vida (Campos, 2009).

Assim torna-se importante a utilização das seguintes ferramentas ou instrumentos: aplicação de protocolos e *guidelines* de boas práticas, utilização das Normas de Orientação Clínica e Organizacionais, fluxogramas, formulário de recolhas de dados, diagrama causa-efeito, histogramas ou diagrama de frequência, reconhecimento de competências técnicas dos prestadores e das instituições através da acreditação, avaliação, e *benchmarking* entre organizações com recurso a indicadores internacionais (Campos, 2009). A adesão a estas medidas poderá contribuir para a melhoria dos resultados e, por consequência, aumentar a qualidade das organizações (Campos, 2009).

No âmbito de estratégias regionais ou nacionais diversos métodos e ferramentas de avaliação da qualidade têm sido usados, sendo relevante referir as duas ferramentas mais utilizadas a certificação da International Organization for Standardization [ISO] 9001 e a acreditação hospitalar (Campos, 2009).

Não obstante estas ferramentas em que sobressai a certificação de alguns serviços e a acreditação de alguns hospitais, no âmbito organizativo, hoteleiro ou infraestrutural não têm grande impacto nos resultados e na satisfação dos utentes (apenas da mais valia que estes processos representam) (Campos, et al., 2010).

Apesar de se reconhecer a importância da avaliação da qualidade em saúde, em Portugal ainda não existe um sistema de inquirição periódica da satisfação dos utentes. Para além disso, as investigações relativas aos sistemas de qualidade permanecem teóricas e bastante heterogêneas, no que confere as dimensões avaliadas e metodologias utilizadas, não promovendo alterações no quotidiano da prestação de cuidados de saúde (Campos, et al., 2009; Sousa, 2012; DGS, 2013).

1.2.4 Desafios da Qualidade em Saúde

A avaliação da qualidade, como abordado anteriormente, tem assumido, cada vez

mais, um papel preponderante no desenvolvimento dos serviços. Atualmente, existe uma procura crescente por serviços e produtos de qualidade. Por consequência, com a maior exigência dos utentes, os serviços foram obrigados a melhorar a sua oferta, realidade à qual os serviços de saúde não são alheios.

Esta evolução levantou muitas questões quanto à necessidade de um planeamento que possa manter a qualidade dos serviços e que esteja preparado para lidar com os desafios, atuais e futuros (DECO, 2014). Para tal, é necessário cumprir determinados requisitos tais como: Responder aos ambientes cada vez mais instáveis e interrelacionais, proceder à afetação de recursos escassos a necessidades ilimitadas, a novas expectativas e mandatos formais, às alterações demográficas, à desregulação e re-regulação, aos limites à soberania dos Estados, aos novos papéis das organizações, como criar valor público de forma sustentada como minimizar as fraquezas e ultrapassar consistentemente os desafios e as ameaças, como criar valor público de forma sustentada, como minimizar as fraquezas e ultrapassar consistentemente os desafios e as ameaças, como formular estratégias desejadas e implementá-las de forma efetiva, entre outros (Asadi-Lari, Tamburini & Gray, 2004). Para responder a estes desafios é necessário sempre efetuar um diagnóstico ex-ante para proceder à implementação de novas estratégias num determinado serviço e que têm por finalidade a melhoria contínua da qualidade dos serviços. A correta resposta às questões abordadas ajudará os serviços a planearem as suas intervenções e, ao mesmo tempo, ajudará a que a qualidade dos mesmos possa ser melhorada e, por consequência, a satisfação dos utentes (Pereira et al., 2001; Rahmqvist, 2001)

Como já referido, o aumento das incertezas quanto ao ambiente externo implica, cada vez mais, respostas diferentes dos serviços. Atualmente, é incomparável a pressão em pensar, agir e aprender, como nunca antes experienciado, bem como desenvolver os raciais necessários para adequar o trabalho às estratégias de promoção da qualidade. Assim, estas estratégias podem ser implementadas, sendo possível construir relações suficientemente fortes para se adotarem as estratégias desejáveis e as protegerem durante o processo de implementação (Campos, 2009).

Os serviços que quiserem manter, ou até aumentar, a sua qualidade têm assim de responder aos desafios que lhes têm sido colocados, sendo preponderante a existência de equipas altamente motivadas e unidas para enfrentar os desafios que lhe são colocados diariamente.

1.3 Satisfação dos Utentes

Ao longo deste subcapítulo iremos abordar a satisfação dos utentes, temática central desta dissertação. Iremos abordar os seus principais conceitos e as suas dimensões que influenciam diretamente a perceção da qualidade dos utentes.

1.3.1 Conceito de Satisfação do Utente

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser medida através da recolha da opinião. A satisfação enquanto atitude compreende aspetos afetivos, cognitivos e avaliativos e pode ser entendida como a consequência da avaliação que se faz relativamente à realização das necessidades, preferências e expectativas de cada indivíduo (Graça, 1999).

Contudo, podemos afirmar que, as experiências relativas à satisfação, ao longo do tempo, vão permitir a construção da perceção de qualidade do utente. Neste sentido, a perceção da qualidade é o resultado das experiências satisfatórias, ou não, experimentadas pelos utentes ao longo do tempo de estadia no sistema nacional de saúde (Carr-Hill, 1992; Ribeiro, 2005).

Genericamente a satisfação pode ser entendida como o resultado da avaliação que um utente faz (uma espécie de balanço) relativamente ao grau de realização dos seus valores, necessidades, preferências e expectativas, ou seja, é um utente perceber ou sentir que aquilo que recebe está de acordo com aquilo que esperava obter (Hespanhol, 2008). Assim, tal como no caso da qualidade, a satisfação é um conceito difícil de definir, devido à sua subjetividade, assumindo diferentes significados dependendo do contexto.

Apesar da existência de múltiplos fatores, que influenciam a avaliação da satisfação dos utentes, existem dois que se destacam: a expectativa e a perceção real dos cuidados obtidos. Assim sendo, a satisfação pode ser definida como o resultado da diferença entre as expectativas dos utentes e a perceção dos cuidados obtidos. Quanto maior a diferença entre estes fatores menor será a satisfação e vice-versa (Graça, 1999).

No seguimento do que foi em investigações paralelas, vários investigadores e organizações têm realçado a importância de questionar os utentes, argumentando que são os que melhor conhecem o resultado desejável. Para além disso, os utentes devem ser cada vez mais parceiros nos cuidados e nas tomadas de decisão (World Health Organization, 2000).

Neste novo paradigma, o utente torna-se um elemento central para a avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais bem como para a melhoria contínua da qualidade dos serviços (Ribeiro, 2005).

A satisfação dos utentes torna-se, assim, um indicador da qualidade dos cuidados prestados. É imprescindível que as organizações de saúde aprendam a analisar e retirar conclusões desta fonte de informação (Neves, 2002).

Em suma, os autores que foram consultados unanimemente defendem que o conceito de satisfação não é de fácil operacionalização devido à sua natureza multidimensional. Atualmente, emerge a necessidade de satisfazer os utentes de forma a alcançar o êxito clínico.

No Serviço Nacional de Saúde, a opinião dos utentes tem aumentado a sua relevância, sendo considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas corretivas implementadas. Contudo, no contexto da saúde, as expetativas dos utentes têm sido encaradas como algo problemático ou constrangedor (Gonçalves & Ramos, 2010), visto que, quando se analisa a qualidade em saúde são vários os fatores da prestação de cuidados a ter em conta. De entre esses fatores encontram-se: os técnicos (referentes à aplicação do conhecimento e tecnologias médicas); os interpessoais (referentes aos cuidados prestados); os sociais e psicológicos e os éticos da interação do cliente com o prestador e a organização de cuidados em termos de acessibilidade, prontidão, continuidade e coordenação (DGS, 2013). Estes fatores muitas vezes não são avaliados pelos utentes, levando estes a terem expetativas pouco realistas quanto aos serviços e à eficácia dos cuidados. Presentemente, uma das problemáticas associadas a esta situação advém da dificuldade de conciliar os recursos existentes com as elevadas expetativas dos utentes (Sousa, 2009; Barros, 2013).

De igual modo é importante referir que as expetativas dos utentes em relação aos cuidados de saúde, em particular do setor público, podem ser baixas devido a uma baixa assunção de direitos de cidadania do indivíduo face ao serviço (‘‘estou aqui a incomodar, desculpem.’’), de uma noção de propriedade egoísta do serviço (‘‘estão aqui porque eu pago o vosso salário’’), ou de uma sensação individualista (‘‘estão aqui para me tratarem’’ (Ferreira, Godinho & Raposo, 2005).

Entendendo, então, como cuidados de saúde de qualidade, os que maximizam a

satisfação dos utentes em todas as etapas do processo de cuidar, a satisfação torna-se um indicador de qualidade, na medida em que reflete a visão dos utentes sobre o processo de que foram alvos, considerando a conformidade dos resultados obtidos com as expectativas iniciais dos indivíduos (Rego, 2008)

Desta forma, o método mais preciso para conhecer as perceções de qualidade dos utentes, é questionar, sendo que, quando os utentes se dizem insatisfeitos com os cuidados, tentar corrigir as lacunas e perceber o que significa para eles qualidade, pode representar uma mudança significativa no seu nível de satisfação. Assim tal como referido anteriormente, a relação entre as necessidades e expectativas e os cuidados prestados do utente, constitui um desafio e um importante indicador da qualidade de serviço.

Para que possamos afirmar que existe qualidade em saúde é necessário a existência de informação fiável e atualizada sobre o desempenho dos serviços de prestação de cuidados. Como estabelecido pela lei de bases da Saúde (Lei 48/90 de 24/08), estabelece a necessidade de avaliação permanente dos cuidados de saúde, num sistema completo e integrado que inclua a satisfação dos utentes e dos profissionais. Neste sentido, este estudo tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços, percecionada pelos utentes em relação aos cuidados prestados.

1.3.2 Dimensões da Satisfação dos Utes

A satisfação é, tal como abordado na qualidade, representada por um conjunto de dimensões e condicionantes singulares.

Segundo Ware, Davies-Avery e Steward (1978) a satisfação dos utentes pode ser classificada por oito dimensões: comportamento interpessoal, qualidade técnica dos cuidados, acessibilidade, financiamento, ambiente físico, disponibilidade dos prestadores, continuidade dos cuidados e eficácia dos mesmos.

Meterko e Rubin (1990) identificam seis dimensões: **enfermagem e cuidados diários, ambiente hospitalar e pessoal auxiliar, cuidados médicos, informação, admissão, alta e pagamento.**

Gasquet (1999) apresenta apenas quatro dimensões: **satisfação global, relações interpessoais, aspetos técnicos dos cuidados e prestações não clínicas.**

Seguindo o modelo de Donabedian, apresentado anteriormente, Westaway et al. (2003) dividiram a satisfação em duas dimensões: **características da prestação**

(simpatia, empatia, respeito, consideração, entreaajuda, apoio, recetividade, expectativas, competência, informação e comunicação; e **características dos serviços** (manutenção do contato, equidade, disponibilidade, tempo de espera, limpeza, privacidade, custo de atendimento e marcação).

Apesar das diversas classificações que foram sendo apresentadas ao longo dos anos, podemos afirmar que é unânime que os utentes valorizam a relação interpessoal que estabelecem com os prestadores de cuidados. Para além disso, outro fator determinante na satisfação dos utentes está relacionado com aspetos comunicacionais e com a informação que lhes é fornecida.

Em suma, índices de satisfação elevados dependem das características do prestador de cuidados, do serviço ou da organização e que relacionados com uma boa comunicação, empatia e cuidados individualizados.

1.3.3 Fatores que influenciam a Satisfação dos Utentes

Identificar os fatores que influenciam a satisfação dos utentes é um processo complexo, segundo diversos investigadores as variáveis socioeconómicas exercem influência direta na satisfação dos utentes, comparável à própria prestação dos cuidados de saúde, no entanto outros não valorizam estas variáveis como preditores de satisfação.

Dos dados socioeconómicos colhidos, segundo diversos estudos, o nível de escolaridade influencia a satisfação dos utentes: níveis de escolaridade mais baixos estão associados a níveis de satisfação menores, particularmente nas dimensões “informação e comunicação” e “continuidade e cooperação”, enquanto níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos no que respeita à organização dos serviços. De salientar que o nível de escolaridade esta intimamente relacionado com a literacia em saúde (Hall & Dorman, 1990).

No que diz respeito ao estado de saúde do utente, o estado físico e psicológico percecionados, podem afetar a perceção dos cuidados prestados, condicionando os próprios resultados e a satisfação. Os utentes que relatam mau estado de saúde têm maior probabilidade de se encontrarem satisfeitos com o sistema de saúde (Bleish, Ozaltin & Murray, 2009). No entanto, as alterações produzidas no estado de saúde do utente são resultado dos cuidados de saúde que foram prestados, assim, uma melhoria no estado de saúde está associada a maior satisfação e vice-versa (Ribeiro, 2005).

Capítulo 2: Formulação do Problema de Investigação

O debate em torno da qualidade dos cuidados de saúde prestados tem sido destacado junto da comunidade científica, sobressaindo-se a satisfação dos utentes, por se considerar que o utente constitui o elemento central do Serviço Nacional de Saúde.

É consensual que a satisfação é de difícil operacionalização por ser multidimensional, no entanto é também consensual que a perspetiva dos utentes, relativamente aos cuidados que lhes são prestados, é fulcral para a mudança organizacional. Assim, a opinião dos utentes permite identificar falhas e criar um serviço cada vez mais centrado nas preferências dos utentes.

Em Portugal, existem poucos estudos centrados na avaliação da satisfação dos utentes com experiências de internamento hospitalar nos serviços de medicina e cirurgia.

A partir dos aspetos referidos anteriormente, pretende-se com este estudo, conhecer a opinião dos utentes em internamento hospitalar sobre os cuidados que lhes foram prestados.

2.1 Objetivos da Investigação

Neste estudo temos como objetivo conhecer a opinião dos utentes em internamento hospitalar sobre os cuidados que lhes foram prestados, tendo como finalidade reunir informação relativa à satisfação com os cuidados de saúde, que possa contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados hospitalares, através do estudo da perceção dos utentes sobre a sua experiência hospitalar.

Como objetivos gerais pretendemos descrever a satisfação dos utentes relativamente a:

- i. cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros
- ii. ambiente hospitalar
- iii. gestão da dor
- iv. informação sobre medicação
- v. preparação para a alta
- vi. experiência hospitalar global.

Pretendemos ainda, como objetivos específicos conhecer a associação da “satisfação com

a experiência hospitalar” enquanto variável dependente, com “instrução escolar” e “estado de saúde”.

Capítulo 3: Metodologia

Após termos apresentado os resultados da revisão bibliográfica realizada e que fundamenta a contextualização da temática em estudo, segue-se a fase metodológica onde serão descritas as etapas percorridas ao longo do estudo.

É essencial descrever a trajetória da investigação, ancorada no capítulo da fundamentação teórica, bem como a análise e interpretação dos dados colhidos. Assim, irá ser abordado o modo como a investigação foi conduzida.

A metodologia utilizada foi, no essencial, a definida pelo consórcio internacional RN4CAST (Sermeus, 2011), que será descrita abaixo.

A abordagem quantitativa pertence ao paradigma positivista da ciência e na aplicação dos modelos utilizados nas ciências exatas às ciências sociais. Esta abordagem foi utilizada pois *“apoia-se na crença de que os seres humanos são compostos por partes que podem ser medidas. Assim as características fisiológicas, psicológicas e sociais podem ser medidas e controladas, abstraindo-se da situação em que se encontram os participantes”* (Fortin, 2009) reduzindo a ciência ao campo do observável separando os factos dos contextos, fornecendo assim dados com alta confiabilidade/reprodutividade dos resultados obtidos (Fortin, 2009).

3.1 Definição de Variáveis

Tendo por base o anteriormente descrito definiram-se dois tipos de variáveis: dependentes e independentes.

A primeira sofre o efeito das variáveis independentes (Fortin, 2009).

A variável dependente é a Satisfação dos Utentes relativa às suas experiências hospitalares, num conjunto de dimensões:

- Cuidados Prestados pelos Enfermeiros (Questão 1, 2, 3 e 4)
- Cuidados Prestados pelos Médicos (Questão 5, 6 e 7)
- Ambiente Hospitalar (Questão 8 e 9)
- Gestão da Dor (Questão 12, 13 e 14)
- Informação sobre medicação (Questão 15, 16 e 17)
- Preparação para a Alta (Questão 19 e 20)
- Experiência Hospitalar Global (Questão 21 e 22)

As variáveis independentes são:

- Estado de Saúde (Questão 23)
- Instrução Escolar (Questão 24)

3.2 Desenho da Investigação

Este estudo é do tipo descritivo-correlacional e transversal, porque tem como objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las e é transversal porque foi realizado durante um período de tempo delimitado (Fortin, 2009).

Os estudos de carácter descritivo visam *“descrever as variáveis e suas relações, documentar e comunicar o fenómeno, a experiência ou observações de forma descritiva, explorar e descrever fenómenos, uma população ou conceptualizar uma situação de forma a estabelecer as características desta população”* Os estudos correlacionais consistem em examinar relações entre variáveis com vista a descrever essas relações.

3.3 População e Amostra

Após a definição da temática em estudo é necessário definir a população junto da qual será recolhida a informação. A população estudada, designada de população alvo, é um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns. Como estudar a totalidade da população alvo não é possível, utilizou-se uma amostra da mesma.

Neste estudo foram envolvidos utentes dos Hospitais Gerais, do sector público, privado ou social, com financiamento público, com mais de 100 camas de internamento e um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos de Portugal continental e Regiões Autónomas.

No estudo, de entre 38 organizações com critério de inclusão, participaram 31 hospitais (taxa de participação de 81,6%), independentemente da sua forma de agrupamento. Foram seleccionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços médico-cirúrgicos de cada hospital.

Foram seleccionados, aleatoriamente, 4 a 6 serviços de Medicina e Cirurgia de cada hospital conforme a sua dimensão (4 serviços, se número de camas inferior a 500; 5 serviços, se entre 500 e 1000; e 6 serviços, se número de camas superior a 1000).

Constituiu-se a amostra à medida que os indivíduos se apresentam no local e possuem os critérios de inclusão definidos, até que o número desejado seja atingido.

Através dos critérios de inclusão selecionados pretende-se tornar a amostra o mais homogénea possível (Fortin, 2009).

Para a participação dos utentes no estudo definiram-se os seguintes critérios de inclusão:

- Estar internado nos serviços onde decorreu o estudo entre a última semana de Outubro de 2013 e a homóloga de Abril de 2014, internado nas unidades médico-cirúrgicas ou similares em estudo dos hospitais participantes;
- Estar internado há pelo menos três dias;
- Estar a ser alvo dos cuidados de enfermagem;
- Estar em condições físicas e psicológicas;
- Aceitar responder ao questionário;

É de salientar que todos os utentes abordados demonstraram disponibilidade para participar no inquérito. Não foram contabilizadas as abordagens aos utentes mas sim o número de utentes que possuíam os critérios de inclusão suprarreferidos. Sendo assim, a amostra ficou constituída por 2254 utentes.

3.4 Método de Colheita de Dados e de Análise de Dados

Neste estudo os dados em análise foram recolhidos recorrendo ao instrumento de colheita de dados do RN4CAST (Apêndice I).

Este instrumento compreendeu uma bateria de questionários de perguntas fechadas de entre os quais constava, o instrumento normalizado para a colheita aos utentes desenvolvidos pelo consórcio RN4CAST, o *RN4CAST Patient Survey Instrument* (Core Patient Survey), adaptado à cultura e língua portuguesa.

O Core Patient Survey, destina-se a avaliar a perspetiva do utente sobre os cuidados que lhe foram recentemente prestados, é uma adaptação do *Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Survey* (H-CAHPS) para o projecto RN4CAST.

A cada utente potencial participante foi entregue um questionário, um folheto informativo contendo, entre outros, o convite para voluntariamente participar, a menção de que o preenchimento do inquérito significava o seu consentimento informado e um envelope para devolução anónima e confidencial da informação.

Após o preenchimento do questionário, cada utente recebeu indicação para o

colocar, em envelope fechado, num recipiente para ser posteriormente remetido à Universidade Católica Portuguesa (local onde se procedeu à abertura do mesmo).

Este instrumento possui 24 perguntas, subdivididas por 8 dimensões da Satisfação anteriormente referidos, sendo um questionário padronizado de autorresposta que tem como objetivo medir vários aspetos da satisfação dos utentes durante o seu período de internamento.

Estes dados foram introduzidos numa base de dados criada no software IBM SPSS, V.20. Procedeu-se ao cálculo de medidas descritivas (contagens e frequências relativas) e medidas de tendência central e de dispersão de acordo com a escala de cada uma das variáveis. Para cada uma das subescalas foi calculado o alfa de Chronbach para avaliar a sua fiabilidade. Utilizou-se a análise de variância, através do teste de análise de diferenças entre médias (ANOVA) para conhecer o significado das diferenças de satisfação entre os grupos quanto à sua escolaridade e à perceção do estado de saúde. O nível de significância foi estabelecido em 5%.

3.5 Aspetos Éticos

Todos os projetos de investigação efetuados em seres humanos levantam questões éticas e morais, sendo necessário tomar medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade dos indivíduos que participam nas investigações.

Este estudo, por implicar investigação em seres humanos, respeitou os princípios e recomendações éticas e legais preconizados pelas principais organizações internacionais, europeias e nacionais, a Organização Mundial de Saúde, a União Europeia, e o Conselho Nacional de ética para as Ciências da Vida relativamente à declaração de Helsínquia.

Neste sentido, foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato de todos os participantes - organizações, serviços e pessoas.

Foram convidadas a participar voluntariamente todas as organizações hospitalares portuguesas e serviços que preenchiam os critérios estabelecidos, assim como todos os utentes que possuíam os requisitos constantes do protocolo de investigação submetido aos respetivos Conselhos de Administração.

Todos os procedimentos foram explicados aos inquiridos, bem como os riscos, ainda que mínimos, e os benefícios decorrentes da participação. Foi igualmente assegurado o direito à recusa em participar, sem que daí decorra qualquer inconveniente

para os próprios.

O consentimento informado foi tacitamente obtido pelo preenchimento voluntário e devolução do questionário, após leitura e/ou apresentação verbal da informação, visando o esclarecimento do participante sobre o propósito do estudo e a proteção e direitos do mesmo.

Neste sentido cada utente participante foi convidado a voluntariamente devolver o respetivo questionário de forma anónima, em envelope fechado, em cuja introdução, além dos esclarecimentos e instruções, tinha a explanação do estudo do qual o preenchimento do mesmo serviria de consentimento informado.

A distribuição e recolha dos questionários aos utentes de tais procedimentos, incluindo o contato inicial, foram efetuados pelos respetivos secretariados administrativos da unidade, por garantirem uma maior neutralidade.

A participação neste estudo não acarretou quaisquer custos nem benefícios de natureza monetária para as organizações, nem para os utentes. Não envolveu ações terapêuticas, procedimentos invasivos, radiológicos, nem a colheita de produtos biológicos, comprometendo-se o investigador a responsabilizarem-se por manter a confidencialidade e o anonimato de todos os intervenientes no estudo e a destruir toda a informação após o seu término.

Capítulo 4: Resultados

Ao longo deste capítulo será efetuada a descrição, análise e interpretação dos resultados obtidos com a implementação dos questionários.

Em primeiro lugar serão apresentadas um conjunto de estatísticas descritivas relativas aos serviços utilizados pelos utentes e a sua satisfação com os mesmos. De seguida serão descritos os níveis de satisfação pelos diferentes serviços disponibilizados e a resposta dos utentes. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos para melhor sumarizar a informação proveniente da análise da colheita de dados efetuada.

No que diz respeito aos procedimentos estatísticos foi utilizada a estatística descritiva e a estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, por isso determinaram-se:

- Frequências: Percentuais (%);
- Medidas de tendência central: Médias (\bar{x});

Por outro lado, a estatística inferencial é o conjunto de técnicas utilizadas para identificar as relações entre variáveis, que poderão ser ou não relações de causa e efeito.

- Na análise inferencial, utilizou-se:
- Análise de variância (ANOVA);
- O teste de Bonferroni para comparações entre os grupos.

Nas análises estatísticas utilizaram-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$ – diferença estatística significativa;
- $p < 0.01$ – diferença estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ – diferença estatística altamente significativa;
- $p > 0.05$ – Não significativas (Pestana e Velosa, 2008).

4.1 Apresentação dos Resultados

Optamos por utilizar a subdivisão previamente estabelecida no instrumento de colheita de dados, nos 2254 questionários corretamente preenchidos, respeitando a ordem cronológica das questões, para uma melhor clarificação dos resultados obtidos. Na descrição dos resultados, apresentamos dados de cada dimensão da satisfação, de acordo com o nível de escolaridade e o estado de saúde.

4.1.1 Estado de Saúde

No que concerne ao estado de saúde a maioria dos inquiridos considera que tem uma saúde razoável, 45,4%; seguido pelo grupo de pessoas que consideram que o seu estado de saúde é bom, 27,3%. Apenas 14,8% dos utentes inquiridos consideram que a sua saúde no geral é fraca.

Tabela 2: Frequências Relativas Estado de Saúde

	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
Frequências	14,8%	45,4%	27,3%	8,8%	3,7%

4.1.2 Instrução Escolar

Existiu necessidade de um reagrupamento das habilitações literárias, as mesmas foram reajustadas nos grandes grupos de ensino: sem habilitações literárias, ensino primário, ensino básico, ensino secundário e ensino superior. Esta agregação deve-se ao facto dos inquiridos terem respondido quantos anos de ensino tinham e não ser possível uma análise significativa com estes dados.

Desta forma, relativamente à instrução escolar, o grupo mais representado é o correspondente aos indivíduos com Ensino Primário, 42,4%; seguido pelo grupo dos indivíduos que possuem Ensino Básico com 27,0%. Apenas 4,6% dos inquiridos não apresenta habilitações literárias.

Tabela 3: Frequências Relativas da Instrução Escolar

	Sem Escolaridade	Ensino Primário	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Frequências	4,6%	42,4%	27,0%	18,0%	8,1%

4.1.3 Cuidados prestados pelos enfermeiros

Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade percebida dos cuidados prestados pelos enfermeiros, foi medida atendendo a três critérios: **cortesia e respeito** (“Durante este internamento, com que frequência os/as enfermeiros/as o/a trataram com cortesia e respeito?”); **atenção** (“Durante este internamento, com que frequência os/as enfermeiros/as o/a ouviram atentamente?”); **clareza** (“Durante este internamento, com que frequência os/as enfermeiros/as lhe deram explicações sobre as coisas de forma clara para que entendesse bem?”) e **celeridade depois solicitar assistência** (“Durante este internamento, depois de solicitar assistência com que frequência foi auxiliado/a logo que pediu ajuda?”). Os itens encontram-se divididos entre 1 e 4 (1-Nunca; 2-Às vezes; 3-Frequentemente; 4-Sempre).

Na tabela 4 é de salientar o facto de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 89%.

Tabela 4: Frequências Relativas e Valores Médios dos Cuidados Prestados pelos Enfermeiros

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Média
Clareza	0,8%	9,4%	24,9%	65,0%	3,54
Atenção	0,3%	5,6%	21,1%	73,0%	3,67
Cortesia e Respeito	0,4%	3,4%	15,7%	80,5%	3,76
Celeridade	0,4%	6,6%	23,9%	69,1%	3,62

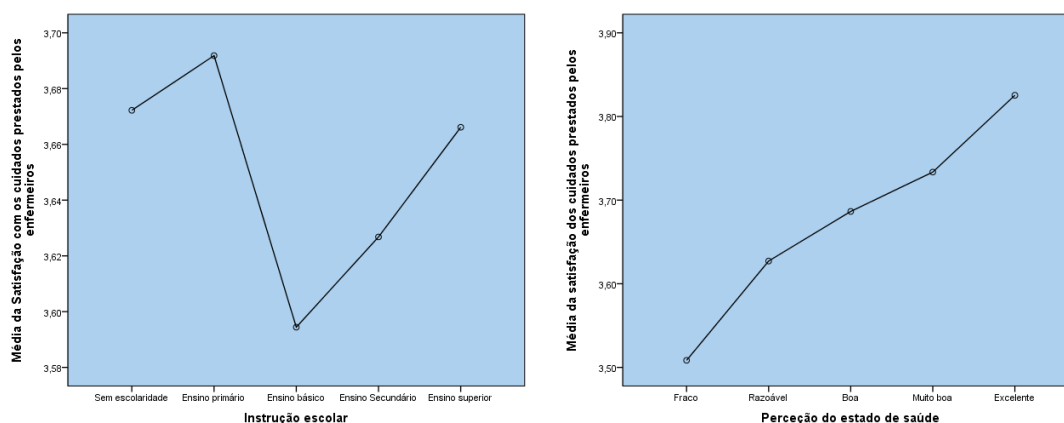
Como se pode constatar na Tabela 4, os cuidados prestados pelos enfermeiros obtiveram médias superiores a 3,5, revelando a percepção positiva dos utentes face aos cuidados prestados por este grupo profissional.

Salienta-se a cortesia e respeito dos enfermeiros, por ser o fator com valor médio mais elevado, com 3,76 pontos, permitindo afirmar que a maioria destes utentes, frequentemente ou sempre, foram tratados com cortesia e respeito.

Na sequência dos critérios avaliados, segue-se a atenção com 3,67 pontos, a celeridade com 3,62 pontos e a clareza na comunicação com 3,54 pontos. Destaca-se a clareza da comunicação como o critério com valor médio mais baixo. Quisemos saber se a satisfação com os cuidados de enfermagem prestados se altera, em função da instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde (Gráficos 1). A avaliação da qualidade dos

cuidados de enfermagem prestados, em termos de desempenho global (média dos valores de satisfação com cada critério) é influenciada pela percepção do estado de saúde dos utentes ($F=11,35$; $p=,000$). A satisfação com os cuidados de enfermagem prestados, é estatisticamente superior, nos utentes que têm uma melhor percepção do seu estado de saúde. Também podemos afirmar que a satisfação com os cuidados de enfermagem, varia em função do nível de instrução escolar, ($F=3,57$; $p=0,007$).

Gráfico 1: Variação da satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde



4.1.4 Cuidados prestados pelos médicos

Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade percebida dos cuidados prestados pelos médicos, foi medida atendendo a três critérios: **cortesia e respeito** (‘‘Durante este internamento, com que frequência os/as médicos/as o/a trataram com cortesia e respeito?’’); **atenção** (‘‘Durante este internamento, com que frequência os/as médicos/as o/a ouviram atentamente?’’) e **clareza** (‘‘ Durante este internamento, com que frequência os/as médicos/as lhe deram explicações sobre as coisas de forma clara para que entendesse bem?’’). Os itens encontram-se divididos entre 1 e 4 (1-Nunca; 2-Às vezes; 3-Frequentemente; 4-Sempre).

Na tabela 5 é de salientar o facto de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 82%.

Tabela 5: Frequências Relativas e Valores Médios dos Cuidados Prestados pelos Médicos

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Médias
Clareza	3,2%	14,3%	22,1%	60,3%	3,4
Atenção	1,6%	10,8%	17,5%	70,0%	3,56
Cortesia e Respeito	0,8%	6,3%	15,8%	77,2%	3,69

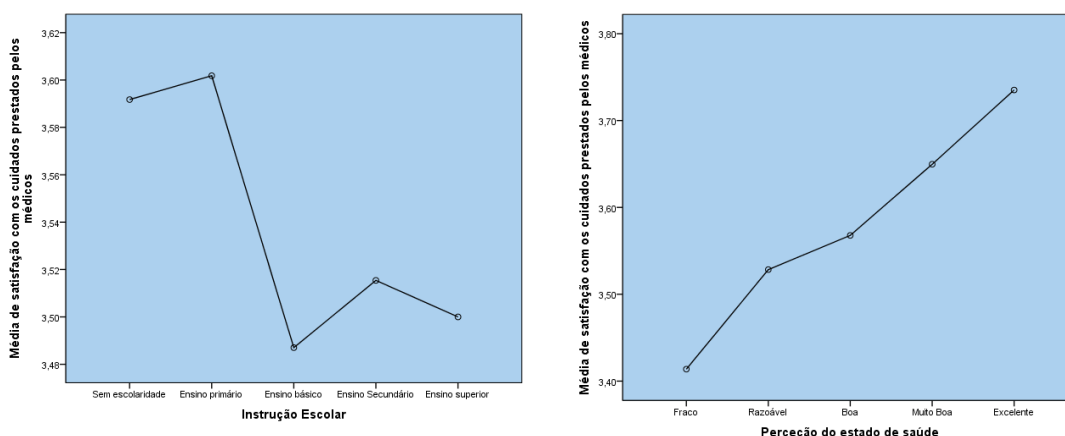
Como se pode verificar na Tabela 5, os cuidados prestados pelos médicos obtiveram médias sempre superiores a 3,4, o que apresenta um valor representativo positivo da percepção das pessoas face aos cuidados prestados por este grupo profissional.

Salienta-se a cortesia e respeito dos médicos, por ser o fator com valor médio mais elevado, com 3,69 pontos, permite afirmar a maioria destes utentes, frequentemente ou sempre, foram tratados com cortesia e respeito.

Na sequência dos critérios avaliados, segue-se a atenção com 3,56 pontos e a clareza na comunicação com 3,69 pontos. Destaca-se a clareza da comunicação como o critério com valor médio mais baixo.

Quisemos saber se a satisfação com os cuidados prestados pelos médicos se altera, em função da instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde (Gráfico 2). A avaliação da qualidade dos cuidados prestados pelos médicos, em termos de desempenho global (média dos valores de satisfação com cada critério) é influenciada pela percepção do estado de saúde dos utentes ($F=5,79$; $p=,000$). A satisfação com os cuidados prestados pelos médicos, é estatisticamente superior, nos utentes que têm uma melhor percepção do seu estado de saúde. Também podemos afirmar que a satisfação com os cuidados médicos, varia em função do nível de instrução escolar, ($F=2,91$; $p=0,020$).

Gráfico 2: Variação da satisfação com os cuidados prestados pelos médicos em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde



4.1.5 Ambiente Hospitalar

Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade percecionada do ambiente hospitalar, foi medida atendendo a dois critérios: **limpeza** ('Durante este internamento, com que frequência o seu quarto/enfermaria e casa

de banho foram mantidos limpos?’’) e **silêncio** (‘’ Durante este internamento, com que frequência o ambiente em redor do seu quarto/enfermaria permaneceu silencioso à noite?’’). Os itens encontram-se divididos entre 1 e 4 (1-Nunca; 2-Às vezes; 3-Frequentemente; 4-Sempre).

Na tabela 6 é de salientar o facto de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 78%.

Tabela 6: Frequências Relativas e Valores Médios do Ambiente Hospitalar

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Médias
Limpeza	0,3%	4,1%	22%	73,6%	3,69
Silêncio	2,2%	19,8%	29,9%	48,1%	3,24

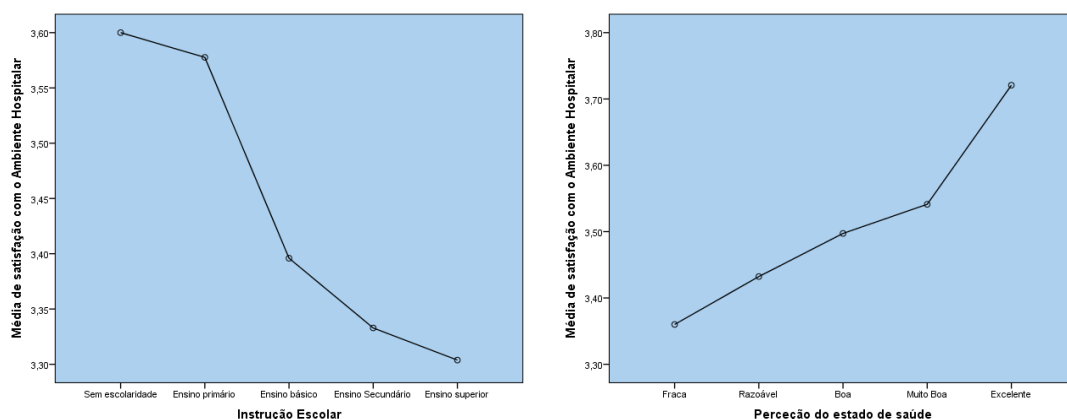
Como se pode verificar na Tabela 6, no que confere ao ambiente hospitalar o mesmo obteve médias sempre superiores a 3,2, o que apresenta um valor representativo positivo da perceção das pessoas face aos cuidados prestados por este grupo profissional.

Salienta-se a limpeza das instalações, por ser o fator com valor médio mais elevado, com 3,69 pontos, que permite afirmar que a maioria destes utentes frequentemente ou sempre encontraram as instalações.

Na sequência dos critérios avaliados, segue-se o silêncio com 3,56 pontos, o mesmo destaca-se como o critério com valor médio mais baixo.

Quisemos saber se a satisfação com o ambiente hospitalar se altera, em função da instrução escolar e da perceção sobre o estado de saúde (Gráfico 3). A avaliação do ambiente hospitalar, em termos de desempenho global (média dos valores de satisfação com cada critério) é influenciada pela perceção do estado de saúde dos utentes ($F=8,22$; $p=,000$). A satisfação com os cuidados de enfermagem, é estatisticamente superior, nos utentes que têm uma melhor perceção do seu estado de saúde. Também podemos afirmar que a satisfação com o ambiente hospitalar, varia em função do nível de instrução escolar, ($F=18,71$; $p=,000$).

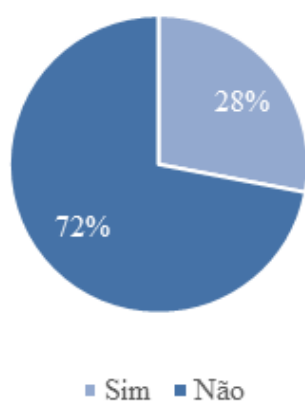
Gráfico 3: Variação da satisfação com ambiente hospitalar em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde



4.1.6 Gestão da dor

Como se pode observar pelo gráfico 4, apenas 28% dos utentes que responderam ao questionário afirmam ter tido necessidade de medicação analgésica.

Gráfico 4: Necessidade de medicação analgésica



Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade da gestão da dor, foi medida atendendo a dois critérios: **controlo adequado da dor** (“ Durante este internamento, com que frequência foi a sua dor bem controlada?”) e **esforço da equipa no controlo da dor** (“ Durante este internamento, com que frequência a equipa do hospital fez tudo o que podia para o/a ajudar com a sua dor?”). Os itens encontram-se divididos entre 1 e 4 (1-Nunca; 2-Às vezes; 3-Frequentemente; 4-Sempre).

Na tabela 7 é de salientar o facto de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 92%.

Tabela 7: Frequências Relativas e Valores Médios da Gestão da Dor

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Médias
Esforço no Controlo da Dor	0,9%	3,1%	18,2%	77,8%	3,73
Controlo Adequado da Dor	1,0%	6,8%	27,7%	64,5%	3,56

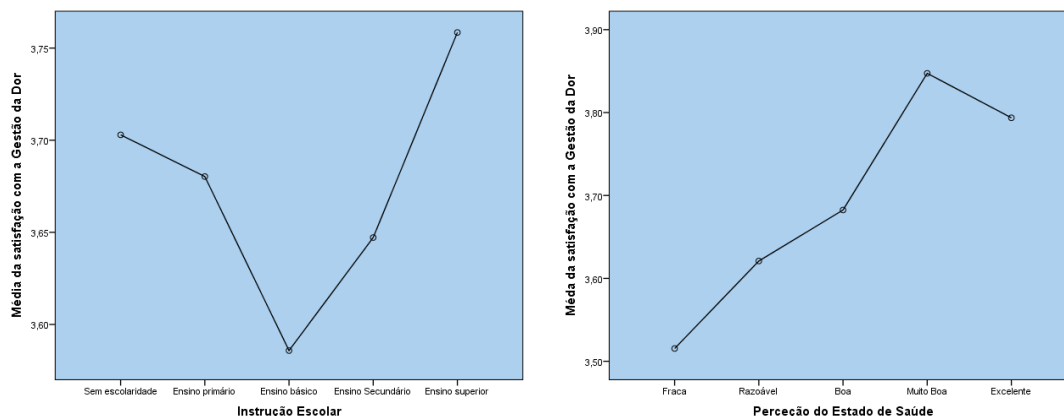
Como se pode verificar na Tabela 7, no que confere à Gestão da Dor a mesma obteve médias sempre superiores a 3,56, o que apresenta um valor representativo positivo da perceção das pessoas face à gestão da sua dor.

Salienta-se o esforço no controlo da dor, por ser o fator com valor médio mais elevado, com 3,73 pontos, que permite afirmar que a maioria destes utentes frequentemente ou sempre sentiram um esforço dos profissionais para a sua gestão da dor.

No entanto é de ressaltar que quando perguntamos se a dor foi bem controlada a média desce ligeiramente para 3,56 pontos.

Quisemos saber se a satisfação com a gestão da dor se altera, em função da instrução escolar e da perceção sobre o estado de saúde (Gráfico 5). A avaliação da satisfação com a gestão da dor, em termos de desempenho global (média dos valores de satisfação com cada critério) é influenciada pela perceção do estado de saúde dos utentes ($F=10,62$; $p=,000$). A satisfação com a gestão da dor, é estatisticamente superior, nos utentes que têm uma melhor perceção do seu estado de saúde. Também podemos afirmar que a satisfação com a gestão da dor, varia em função do nível de instrução escolar, ($F=3,41$; $p=0,009$).

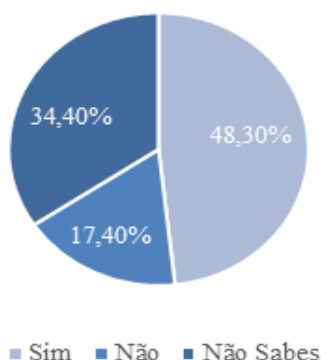
Gráfico 5: Variação da satisfação com a gestão da dor em função da Instrução escolar e da perceção sobre o estado de saúde



4.1.7 Informação sobre medicação

Como se pode observar pelo gráfico 6, 48,3% dos utentes que responderam ao questionário afirmam ter-lhe sido ministrado algum medicamento que não tinha tomado anteriormente, sendo que 34,4% não sabe se lhe terá sido administrado um medicamento novo ou não.

Gráfico 6: Medicação ministrada que não tinha tomado antes



Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade percebida da informação sobre a medicação em termos da qualidade global do seu desempenho é medida atendendo a dois critérios: **informação sobre função do medicamento** (‘Antes de lhe darem um novo medicamento, com que frequência a equipa do hospital o/a informou para que efeito se destinava aquele medicamento?’) e **informação sobre efeitos secundários** (‘Antes de lhe ministrarem algum medicamento novo, com que frequência a equipa do hospital lhe descreveu os seus possíveis efeitos secundários de forma a ficar esclarecido/a?’). Os itens encontram-se divididos entre 1 e 4 (1-Nunca; 2-Às vezes; 3-Frequentemente; 4-Sempre).

Na tabela 8 é de salientar o facto de qualquer um dos critérios apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 79%.

Tabela 8: Frequências Relativas e Valores Médios da Informação sobre Medicação

	Nunca	Às Vezes	Frequentemente	Sempre	Médias
Informação sobre Efeitos Secundários da Medicação	19,5%	19,2%	21,3%	40,1%	2,82
Informação sobre função da Medicação	7,2%	13,8%	20,6%	58,4%	3,3

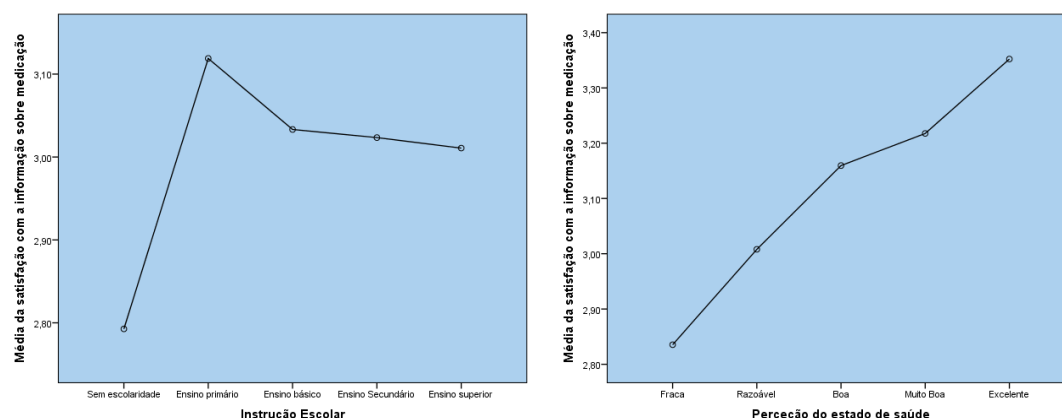
Como se pode verificar na Tabela 16, no que confere à informação sobre medicação a mesma obteve médias sempre superiores a 2,86, o que apresenta um valor representativo positivo da percepção das pessoas face à gestão da sua dor.

Salienta-se a informação sobre a função da medicação, por ser o fator com valor médio mais elevado, com 3,3 pontos, que permite afirmar que a maioria destes utentes frequentemente foi informada sobre a função da medicação que lhe tinha sido ministrada.

Na sequência dos critérios avaliados, segue-se a informação sobre efeitos secundários da medicação com 2,82 pontos, o mesmo destaca-se como o critério com valor médio mais baixo.

Quisemos saber se a satisfação com a informação sobre a medicação se altera, em função da instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde (Gráfico 7). A avaliação da satisfação com a informação sobre a medicação, em termos de desempenho global (média dos valores de satisfação com cada critério) é influenciada pela percepção do estado de saúde dos utentes ($F=5,12$; $p=,000$). A satisfação com a informação sobre a medicação, é estatisticamente superior, nos utentes que têm uma melhor percepção do seu estado de saúde. Também podemos afirmar que a satisfação com a informação sobre medicação, varia em função do nível de instrução escolar, ($F=1,27$; $p=0,230$).

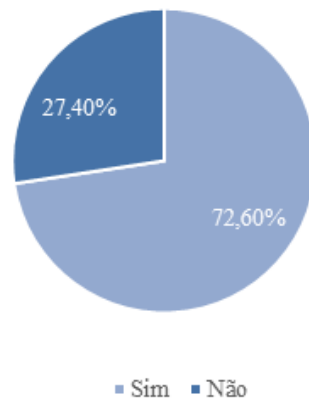
Gráfico 7: Variação da satisfação com a informação sobre a medicação em função da Instrução escolar e da percepção sobre o estado de saúde



4.1.8 Preparação para a alta

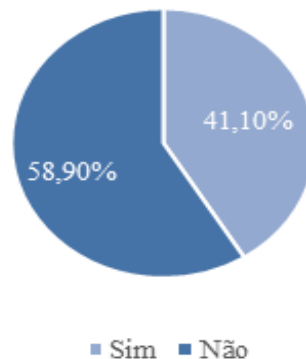
Como se pode observar pelo gráfico 8, 72,6% dos utentes que responderam ao questionário afirmam ter-lhe sido explicado pelos médicos, enfermeiros ou outros funcionários os cuidados a ter quando sair do hospital, sendo que 27,4% refere não lhe ter sido explicado os cuidados a ter quando sair do hospital.

Gráfico 8: Explicação sobre os cuidados a ter em casa.



No que diz respeito a informação escrita, como se pode observar pelo gráfico 9, 41,1% dos utentes que responderam ao questionário, afirmam ter recebido informações por escrito sobre sintomas ou problemas de saúde que deveriam ter em atenção após ter alta do hospital, sendo que 58,9% refere que não lhe foi facultada qualquer informação escrita.

Gráfico 9: Informação escrita sobre sintomas ou problemas de saúde a ter em atenção após alta



4.1.9 Experiência hospitalar global

Considerando a experiência como utente nos diversos serviços, a avaliação da qualidade percebida da experiência hospitalar é medida atendendo a dois critérios: **classificação do hospital** (“Utilizando um dos números de 0 a 10, tendo em conta que 0 é o pior e 10 o melhor possível, qual o número que escolheria para classificar este hospital durante o seu internamento?”) e **recomendação do hospital** (“Recomendaria este hospital aos seus amigos e familiares?”)

Relativamente à primeira questão os resultados demonstram uma satisfação global de 8,5 pontos, numa escala de 1 a 10 medida pela média aritmética simples de todas as

respostas.

Figura 1: Satisfação com experiência hospitalar.



Neste indicador é importante salientar que as possíveis modalidades de resposta foram agrupadas em quatro conjuntos (1 a 3, 4 e 5, 6 e 7, 8 a 10) que correspondem globalmente a apreciações muito negativas, negativas, positivas e muito positivas, respetivamente. Esta categorização foi a adotada no estudo de Pereira et. al. (2009).

Em relação às frequências relativas (Tabela 9) é de realçar que aproximadamente 92,4% dos utentes se considera satisfeito ou muito satisfeitos com os serviços nos quais estiveram internados. Inclusivamente, 76,3% consideram-se muito satisfeitos.

Tabela 9: Frequências Relativas da Satisfação Global com a o Hospital

Satisfação Global	Muito má (0 a 3)	Má (4 a 5)	Boa (6 a 7)	Muito boa (8 a 10)
Satisfação Experiência Hospitalar	1,0%	6,6%	16,1%	76,3%

A satisfação global com a experiência hospitalar é influenciada pela perceção do estado de saúde dos utentes ($p < 0,01$) e pelo grau de instrução escolar ($p < 0,01$). Estes resultados podem ser averiguados nas tabelas 10 e 11.

Tabela 10: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Perceção do Estado de Saúde

	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
Desempenho Global	3,52	3,62	3,68	3,85	3,79

O estado de saúde do utente influenciou a satisfação global com a experiência hospitalar, existindo uma diferença significativa quando comparamos a média de satisfação entre os utentes que avaliaram a sua saúde como fraca e os restantes utentes com um estado de saúde melhor.

Tabela 11: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Instrução Escolar

	Sem Escolaridade	Ensino Primário	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Desempenho Global	3,74	3,76	3,59	3,65	3,62

A instrução escolar do utente influenciou satisfação global com a experiência hospitalar, existindo uma diferença significativa quando comparamos a média de satisfação entre utentes com menor e maior grau de instrução.

Relativamente à segunda questão os resultados demonstram uma Satisfação Global de 3,52 pontos, numa escala de 1 a 4 (1-Definitivamente Não; 2- Provavelmente Não; 3-Provelmente Sim; 4-Definitivamente Sim).

Na tabela 12 é de salientar o facto de 96,9% do utentes apresentarem uma proporção de respostas positivas e muito positivas. Inclusive, 55,5% dos utentes respondem de forma muito positiva.

Tabela 12: Frequências Relativas da Recomendação do Hospital a familiares e amigos

	Recomendaria este hospital aos seus familiares e amigos?
Definitivamente Não	0,7%
Provavelmente Não	2,4%
Provavelmente Sim	41,4%
Definitivamente Sim	55,5%

A recomendação do Hospital a Familiares e Amigos é influenciada pela perceção do estado de saúde dos utentes ($p < 0,01$) e pelo grau de instrução escolar ($p < 0,01$). Estes resultados podem ser averiguados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13: Valores Médios - recomendação do Hospital a Familiares e Amigos em função de Perceção do Estado de Saúde

	Fraca	Razoável	Boa	Muito Boa	Excelente
Desempenho Global	3,36	3,49	3,56	3,65	3,76

O estado de saúde do utente influenciou a recomendação do Hospital a Familiares e Amigos, existindo uma diferença significativa quando comparamos a média de satisfação entre os utentes que avaliaram a sua saúde como fraca e os restantes utentes com um estado de saúde melhor.

Tabela 14: Valores Médios - Satisfação global com a experiência hospitalar em função de Instrução Escolar

	Sem Escolaridade	Ensino Primário	Ensino Básico	Ensino Secundário	Ensino Superior
Desempenho Global	3,60	3,58	3,47	3,49	3,47

A instrução escolar do utente influenciou recomendação do Hospital a Familiares e Amigos, existindo uma diferença significativa quando comparamos a média de satisfação entre utentes com menor e maior grau de instrução.

4.2 Discussão dos resultados

As próximas páginas são dedicadas à discussão dos resultados apresentados anteriormente. Pretendemos neste capítulo realizar alguma confrontação dos nossos resultados com os de outros estudos recentes encontrados na revisão bibliográfica. Mais do que uma discussão de resultados, simboliza o final de um percurso formativo que visa o aprofundamento de competências de investigação, na procura de conhecimento para a melhoria contínua dos cuidados, também por mim prestados.

Dados os objetivos desta pesquisa de descrever a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde que lhe foram prestados, e analisar a variação dessa satisfação, em função de algumas variáveis independentes, pretendemos também comparar com outros estudos similares na área.

Na globalidade, podemos afirmar que os resultados possíveis de comparar entre o nosso estudo e o de Pereira et. al. (2009) são semelhantes no que respeita às preferências dos utilizadores, ou seja, há conformidade nas dimensões com maior e menor pontuação. Também é de referir que na sua generalidade as variáveis independentes (estado de saúde e instrução escolar) se correlacionam positivamente com as restantes variáveis, sendo nesta discussão apenas abordados casos em que o mesmo não acontece desta forma.

Apesar dos dados dos cuidados prestados pelas equipas médicas e de enfermagem serem apresentados nos resultados em separado, faz sentido apresentar os mesmos em conjunto na discussão dos resultados. Assim, os cuidados prestados pelas equipas médicas e de enfermagem são das dimensões que reúne maior satisfação entre os utentes, tendo uma percentagem de respostas positivas ou muito positivas de 82% e 89% respetivamente. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Pereira et al (2009) em que os cuidados prestados pelas equipas médicas e de enfermagem se apresentam igualmente como uma das dimensões com maior satisfação, no qual, qualquer um dos critérios, quando abordados os cuidados prestados pela equipa médica e de enfermagem, apresentam uma proporção de respostas positivas e muito positivas, não inferior a 94% e 95% respetivamente. Sendo que os cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros obtiveram médias de satisfação sempre superiores a 3,4, o que significa um aspeto positivo da perceção das pessoas face aos cuidados prestados por estes grupos profissionais. Quando estudada a variação da satisfação, em função das variáveis

independentes “estado de saúde” e “instrução escolar” verificamos que a mais satisfação, corresponde um melhor estado de saúde e menor instrução escolar.

No que confere de uma forma mais individualizada aos cuidados prestados pelos enfermeiros quando comparados com os dados de Linda et. al. (2012) os mesmos demonstram uma satisfação dos utentes inquiridos. Nos cuidados prestados pelos enfermeiros, 65% dos utentes, do nosso estudo, referem ter sido sempre tratados com cortesia e respeito colocando Portugal na terceira posição, estando apenas com médias mais elevadas a Irlanda (86%) e a Suécia (85%). Também no que diz respeito à clareza da comunicação Portugal aparece na quarta posição com 63% dos utentes a referirem que durante o seu internamento lhe deram explicações de forma clara para que compreendesse bem, nesta dimensão apenas a Suécia (70%), a Irlanda (66%) e a Polónia (66%) obtiveram dados superiores aos de Portugal. Por último, no que confere à atenção demonstrada, Portugal aparece posicionado na primeira posição com 73% dos utentes a referirem que durante o internamento foram sempre ouvidos atentamente.

Também Schoenfelder (2012) constatou no seu estudo que as relações interpessoais, sobretudo na interação entre enfermeiro e utente são fortes promotoras de satisfação e mais valorizadas pelos utentes que os aspetos técnicos ou organizacionais dos cuidados.

No que diz respeito ao ambiente hospitalar, 78% dos utentes referem que o ambiente em redor do seu quarto/enfermaria permaneceu, frequentemente ou sempre, silencioso à noite, dado que não foi possível comparar com qualquer outro estudo mas que nos permite refletir sobre a necessidade (ou não), do silêncio das instalações, quando seria expectável mais silêncio principalmente quando falamos de serviços de internamento. Segundo Sampaio e Chagas (2010), diversos estudos têm demonstrado que o ruído interfere diretamente na saúde dos utentes em internamento, desta forma, locais que possuem maior silêncio podem contribuir para a recuperação dos utentes, sendo importante assim a manutenção do silêncio noturno. Já no que diz respeito à limpeza do seu quarto/enfermaria e casa de banho 95% referem que os mesmos se mantiveram, sempre ou frequentemente, limpos, dados corroborando o estudo feito por Pereira et al (2009), onde a limpeza das instalações obteve uma média superior a 3,4, o que apresenta um valor representativo positivo da perceção das pessoas face à limpeza das instalações.

A informação disponibilizada acerca da medicação é uma das dimensões que reúne

menor satisfação entre os utentes, tendo uma percentagem de respostas positivas ou muito positivas de 79%, sendo um valor manifestamente menor do que aquele obtido no estudo de Pereira et. al. (2009), tendo este estudo uma percentagem de respostas positivas ou muito positivas de 94%. Este dado demonstra que apesar da satisfação demonstrada com a comunicação com as equipas de enfermagem e médicas, identificamos aspetos menos positivos ao longo do questionário, sendo interessante observar que, quando os utentes foram questionados sobre a informação que receberam no que confere a efeitos secundários da medicação que lhes foi ministrada, 38,7% dos utentes refere que nunca ou apenas as vezes recebeu a mesma e 24% nunca ou apenas as vezes foi informado sobre a função da medicação que lhe foi administrada. Para além disso, 34,4% dos utentes não sabiam se lhes teriam sido ministrados medicamentos que não tinham tomado anteriormente.

Segundo Sabaté (2003), no seu relatório para a Organização Mundial de Saúde, o fornecimento de *informação* geradora de aprendizagem é um dos fatores que aumenta a adesão ao regime terapêutico, sendo que a atitude de comunicação e a informação dada ao utente sobre a sua doença e o seu tratamento, assim como a relação terapêutica estabelecida poderão melhorar a adesão. De igual forma, a disponibilização informação sobre a medicação ministrada a ocorrência de efeitos secundários da medicação podem conduzir a uma maior percentagem de adesão, sendo assim preponderante informar os utentes do seu tratamento para a obtenção de uma maior adesão.

No que confere à dor apenas 28% dos utentes referem ter tido necessidade de medicação analgésica, no entanto tendo em consideração os dados anteriores, em que 24% dos utentes referem nunca ter sido informados sobre a função da medicação que lhe foi ministrada durante o internamento, este número poderá ser maior. No entanto, é importante ressaltar que quando questionados sobre a gestão da dor pela equipa hospitalar, 96% dos utentes reconhece que a equipa hospitalar fez tudo o que estaria ao seu alcance para ajudar com a sua dor, demonstrando atenção, cortesia e respeito dos profissionais de saúde no que diz respeito também à gestão da dor, tal como referido anteriormente. Para além disso, 92,2% dos utentes refere ter uma gestão adequada da sua dor.

A dor é uma experiência singular e universal, sendo que a identificação dos fatores que a intensificam e aqueles que a diminuem são muitas vezes esquecidos (Silva & Pimenta, 2003). Alguns autores referem que a dor, não é corretamente tratada e

documentada devido à inadequada avaliação inicial, tanto por parte da equipa médica com pela equipa de enfermagem (Silva & Pimenta, 2003). A incorreta avaliação da dor ou falta de dados para avaliar a mesma pode ser um fator que leve a uma incorreta gestão da dor, no entanto é importante em futuros estudos avaliar o porquê de apesar do esforço reconhecido pelos utentes, da equipa hospitalar em ajudar com a sua dor existirem utentes que referem que a sua dor não foi adequadamente gerida.

No que confere à preparação para a alta verificaram resultados menos positivos na dimensão da informação que foi prestada sobre os cuidados a ter aquando a saída do hospital, em que 27,4% dos utentes refere não ter recebido qualquer explicação. Assim sendo considera-se de suma importância fornecer aos utentes informação escrita (além de informação oral) sobre sintomas ou problemas de saúde a ter em atenção pós alta, para que os mesmos a possam consultar, uma vez que apenas 41,1% dos utentes teve acesso a esse tipo de informação. Também no estudo de Pereira et. al. os critérios avaliados apresentar uma proporção de respostas positivas e muito positivas superior a 92%, sendo um dos critérios com avaliação mais baixa de todo o estudo indo de encontro a informação obtida na medida em que cerca de ¼ dos utentes refere não ter obtido qualquer informação no que diz respeito à preparação para a alta.

Os utentes que participaram no estudo demonstraram de uma forma geral uma satisfação global com a sua experiência hospitalar muito positiva, classificando-a em média de 8.5 pontos (numa escala de 1 a 10), esta pontuação é corroborada pelo estudo de Pereira et. al. onde a classificação com a satisfação global dos utentes com o hospital foi de 8.6 pontos. Quando comparados com os países que participaram no estudo RN4Cast, Portugal posiciona-se na quinta posição tendo 55% dos utentes classificado o Hospital em 9 ou 10 pontos, estão a frente de Portugal a Finlândia (61%), Irlanda (61%), Suécia (60%) e os Estados Unidos da América (59%) (Linda et. al., 2012). Os níveis de satisfação Global são influenciados pelas habilitações literárias e estado de saúde; quanto maior o grau académico menor o grau de satisfação. O mesmo não acontece com o estado de saúde, onde melhor percepção acerca da saúde se traduz em maiores níveis de satisfação maiores;

Um dos aspetos fortemente associados à satisfação é a recomendação dos serviços. No nosso estudo podemos constatar que uma grande percentagem dos participantes (96,9%) recomendaria o serviço onde esteve internado a familiares e amigos, tal como já

sucedido no estudo de Pereira et. al. onde 93% dos utentes refere que recomendaria os serviços. Já no que confere ao estudo de Linda et. al. (2012) em Portugal 56% dos utentes questionados definitivamente recomendaria o serviço onde esteve internado, dado que em comparação com os restantes países onde foi implementado o Estudo RN4Cast nos coloca num dos lugares mais baixos da tabela, estando apenas abaixo destes valores Espanha (55%) e a Grécia (53%). Tal como constatado por Ferreirinha (2011), a satisfação global do utente tem um impacto positivo significativo na intenção de recomendação. De acordo com Saias (2007) utentes satisfeitos falam bem da organização e tomam a iniciativa de a recomendar, assim sendo Portugal ainda tem um longo caminho a percorrer para se situar pelo menos na média dos países onde foi implementado o estudo RN4Cast, situada nos 64%. A recomendação do hospital a familiares e amigos vai de encontro à satisfação global sendo a mesma influenciada negativamente pelas habilitações literárias e positivamente pela perceção do estado de saúde do utente.

Para além disso, é de suma importância referir que, em todos os parâmetros avaliados, pelo menos 61% dos utentes apresentou respostas positivas ou muito positivas. E de salientar que os resultados apurados com este estudo são congruentes com outros estudos existentes, como abordado anteriormente.

Capítulo 5: Conclusões

Posto isto, os resultados obtidos em muito se assemelham ao estudo de Pereira et. al. (2009), sendo os resultados obtidos bastante positivos destacando-se a satisfação com a interação com a equipa hospitalar. A cortesia e respeito com que as equipas tratam os seus utentes, a atenção e a clareza na comunicação, a celeridade de resposta das equipas (que demonstra a disponibilidade e rapidez com que as necessidades dos utentes são atendidas), bem como o esforço na gestão da dor são os parâmetros com maior satisfação

Podemos concluir que existe uma elevada satisfação dos utentes com os cuidados que lhes são prestados a nível hospitalar estando na sua globalidade, em todas as dimensões, os utentes satisfeitos ou muito satisfeitos com os serviços nos quais estiveram internados. Os resultados podem ser usados para analisar e implementar estratégias para a melhoria contínua dos cuidados a serem prestados, visto que existem ainda áreas que podem ser melhoradas. Aumentar a satisfação dos utentes pode apresentar-se como uma estratégia de baixo custo para aumentar a qualidade dos serviços.

Para além disso, no clima atual de mudança constante nos sistemas de saúde, que diariamente têm de responder às exigências cada vez maiores dos utentes e dos financiadores, torna-se fundamental conhecer o que pensam e sentem os utentes, procurando sinalizar ineficiências nos processos que possam levar à implementação de melhorias promotoras da satisfação dos utentes e, ao mesmo tempo, da qualidade dos cuidados de saúde.

A satisfação com os cuidados prestados, nas pessoas que constituem a amostra, representa a qualidade e a satisfação global elevada com os serviços de internamento do Sistema Nacional de Saúde. Gostaria também de enfatizar o elevado nível de satisfação com a equipa hospitalar e com a sua interação com os mesmos, o que seria expectável dado o elevado nível de diferenciação dos profissionais.

Cabe lembrar que o presente estudo apresenta uma amostra representativa do universo, em que os resultados obtidos podendo ser generalizado e as conclusões tomadas como absolutas. Sugere-se futuramente que sejam recolhidos de outras variáveis independentes, de forma sistemática e longitudinal, que nos permita avaliar o impacto das intervenções efetuadas, quer a nível da gestão, quer a nível de estratégias de prestação de cuidados de saúde.

Bibliografia e outras referências

- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004).** Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health and quality of life outcomes*, 2(1), 1.
- António, N. S., & Teixeira, A. (2007).** *Gestão da Qualidade-De Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Aiken Linda H, Sermeus Walter, Van den Heede Koen, Sloane Douglas M, Busse Reinhard, McKee Martin et al. (2012).** Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, p. 344 e1717.
- Brito, T. A., & Jesus, C. S. (2009).** Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Revista Digital. Buenos Aires. Ano, 14*.
- Barros, P. P. (2013).** *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. 3ª Ed. Lisboa: Almedina
- Carr-Hill, R. A. (1992).** The measurement of patient satisfaction. *Journal of public health*, 14(3), 236-249.
- Coulter, A., & Jenkinson, C. (2005).** European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *The European Journal of Public Health*, 15(4), 355-360.
- Carapeto, A. C. C., & de Jesus Fonseca, M. D. F. (2006).** *Administração pública: modernização, qualidade e inovação*. 2ª ed. Lisboa, Sílabo.
- Borges, M., & Portugal, R. (2009).** *A Governação dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras.

Campos, L., & Carneiro, A., & Saturno, P. (2010). Plano nacional de saúde 2011-2016. *A Qualidade dos cuidados e dos serviços, Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.*

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine, 114*(11), 1115-1118.

Donabedian, A. (1992). The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. *Quality in Health Care, 1*(4), 247.

DGS (2013). Departamento da Qualidade na Saúde – Uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

DECO, (2014). SU. Hospitais a rebentar pelas costuras. *Teste Saúde*, 33-35.

Friedson, E. (1970) Profession of Medicine. New York : Mead, pp. in Donabedian, A. (1980) Explorations in Quality Assessment and Monitoring.

Escoval, A., & Campos Fernandes, A. (2010). Cuidados de Saúde Hospitalares, Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Alto Comissariado da Saúde.*

Escoval, A.; Ferreira, P. (2010). Desafios em tempos de crise. *Revista Portuguesa de Clínica Geral. 26*(3) Maio-Junho 2010, pp. 264-270.

Escoval, A.; Nicolau, V. (2010). Cidadão e comunidade: que relevância no processo de contratualização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.*

Ferreira, P.; Godinho, P.; Raposo, V. (2005). A voz dos utilizadores dos centros de saúde. Lisboa, *Instituto da Qualidade em Saúde.*

Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. *Loures: Lusodidacta*, 4-568.

- Ferreira, P. L., Antunes, P., & Portugal, S. (2010).** O valor dos cuidados primários: perspectiva dos utilizadores das USF-2009. *Lisboa: VFBM Comunicação Ltda.;*
- Ferreirinha, B. M. L. (2011).** A satisfação do utente e a qualidade percebida: a avaliação dos utentes da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados da Maia.
- Fundação Calouste Gulbenkian (2014).** Um Futuro para a Saúde. *Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.*
- Graça, L. (1999).** A Satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde: Instrumentos para a melhoria da qualidade. *Portugal Direcção Geral de Saúde, 1ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra.*
- Gomes, P. J. (2004).** A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad, 2004(2), 6-18.*
- Gonçalves, C.; Ramos, V. (2010).** Plano Nacional de saúde 2011-2016: Análise especializada Cidadania e saúde um caminho a percorrer. *Escola Nacional de Saúde Pública, Ministério da Saúde. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.*
- Loureiro, M. I., & Graça, L. (2012).** A (s) crise (s) e a (s) resposta (s) da saúde pública. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(2), 103-104.*
- Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005).** Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes. *Arquivos de Medicina, 19(5-6), 191-197.*
- Hespanhol, A. (2008).** Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral, 24(6), 665-670.*
- Institute of Medicine (2001).** Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* National Academy Press.

Instituto Nacional de Estatística (2014). População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento. *Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.*

Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Neff, D. F., & Aiken, L. H. (2009). Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), w669-w677.

Lei nº48/90 de 24 de Agosto de 1990. *Diário da República.*

Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise psicológica*, 367-371.

Lopes, M., Mendes, F., Escoval, A., Agostinho, M., Vieira, C., Vieira, I. & Eliseu, G. (2010). Plano Nacional de saúde 2011-2016: Cuidados continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, perspectivando o futuro.

Neves, A. (2002). Gestão na Administração Pública. *Cascais: Editora Pergaminho.*

Norway. (2005). And it's Going to Get Better! National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services.

Mello, C. H. P., da Silva, C. E. S., & Turrioni, J. B. (2000). *ISO 9001: 2008: Sistema de gestão da qualidade para operações de produção e serviços.* Editora Atlas SA.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*, 41-50.

Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.

- Pereira, M. D. G., Soares, V. A., & McIntyre, T. (2001).** Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 69-80.
- Pestana, D. D. & Velosa, S. F. (2008).** Introdução à Probabilidade Estatística. 4ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pink, G. H., Brown, A. D., Studer, M. L., Reiter, K. L., & Leatt, P. (2005).** Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *HealthcarePapers*, 6(4), 8-26.
- Pereira, C., Vilares, M., Santos, M., Coelho, P. S., Holanda, S., & Magalhães, S. (2009).** Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA. *Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde em parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa.*
- Rahmqvist, M. (2001).** Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units. *International Journal for Quality in Health Care*, 13(5), 385-390.
- Ribeiro, A. L. A. (2005).** O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 16, 53-60.
- Rego, G. (2008).** Gestão Empresarial nos Serviços Públicos: Uma aplicação ao sector da saúde. 2ª Ed. Porto: Vida Económica. Porto: Vida Económica.
- Rechel, B., Wright, S., & Edwards, N. (2009).** *Investing in hospitals of the future* (No. 16). WHO Regional Office Europe.
- Sabaté, E. (2003).** *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.

- Saias, L. (2007).** Marketing de serviços: qualidade e fidelização de clientes. *Lisboa: Universidade Católica Editora.*
- Sampaio, A.V.C.F. & Chagas, S.S. (2010).** Avaliação de Conforto e Qualidade de Ambientes Hospitalares. *Gestão & Tecnologia de Projetos*, 5(2), p-155.
- Sousa, P. A. F. (2009).** O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulina Enfermagem*, 22, 889-894.
- Saturno, P. J.; Jané, A. C., & Imperatori, E. (1990).** *Evaluación de la calidad asistencial en atención primaria:: experiencia en el marco de la cooperación ibérica: Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 1990.* (in Campos 2010)
- Serapioni, M., & Sesma, D. (2011).** A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo. *Sociologia Online.*
- Schoenfelder, T. (2012).** Patient satisfaction: A valid indicator for the quality of primary care. *Primary Health Care*, 2(4), 2167-1079.
- Silva, Y. B., & de Mattos Pimenta, C. A. (2003).** Análise dos registos de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37(2), 109-118.
- United Kingdom (2006).** Department of Health, Integrated Governance Handbook.
- World Health Organization. (2000).** *The world health report 2000: health systems: improving performance.* World Health Organization.